

Die Diskussion über Gesundheit in der Sozialpädagogik  
unter dem Aspekt des Konzeptes der Risikogesellschaft

Von dem Erziehungswissenschaftlichen Fachbereich  
der Technischen Universität Braunschweig  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie  
– Dr. phil. –  
genehmigte Dissertation von  
Thomas Schwarz  
geboren am 11. März 1964 in Braunschweig.

Erstreferentin: Frau Prof. Dr. Hanna Kiper

Koreferent: Herr Prof. Dr. Karl Neumann

Koreferent: Herr Prof. Dr. Hein Retter

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Juli 1999

## Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen .....</b>		<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Geschichte der Sozialpädagogik .....</b>	<b>13</b>
2.1	Ziel der Darstellung .....	13
2.2	Möglichkeiten in der Darstellung der Geschichte der Sozialpädagogik: Verschiedene "Genres"? .....	17
2.3	Thematische Grundlinien .....	22
2.3.1	Sozialpolitische Themen der Sozialpädagogik .....	24
2.3.1.1	Entwicklung der Armenpflege und Fürsorge im Kaiserreich und der Weimarer Republik .....	24
2.3.1.2	Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland .....	37
2.3.2	Entwicklung der Profession .....	42
2.4	Einführung der akademischen Ausbildung .....	47
2.4.1	Rahmenbedingungen .....	47
2.4.2	Verfachlichung und Akademisierung .....	45
2.4.3	Folgen für die Disziplin und Profession .....	51
2.4.3.1	Etablierung in den Hochschulen .....	51
2.4.3.2	Thematische Trends der Sozialpädagogik .....	52
2.5	Krise der Sozialpädagogik? .....	57

<b>3</b>	<b>Die Risikogesellschaft im sozialpädagogischen Diskurs .....</b>	<b>61</b>
3.1	Neue Perspektiven durch eine Rezeption des Konzeptes "Risikogesellschaft"? .....	67
3.2	Probleme der Rezeption.....	70
3.2.1	Unschärfe des Risikobegriffes.....	71
3.2.2	Globale Risiken .....	73
3.2.3	Soziale Risiken.....	75
3.2.4	Individualisierung.....	78
<b>4</b>	<b>Bedeutung des Gesundheitsbegriffes für die Sozialpädagogik .....</b>	<b>81</b>
4.1	Aktualität von "Gesundheit" .....	84
4.1.1	Kostenexplosion im Gesundheitswesen.....	84
4.1.2	Veränderung des Krankheitsspektrums .....	86
4.1.3	Legitimationskrise der Medizin .....	87
4.2	Gesundheit: Probleme einer Definition.....	88
4.3	Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung.....	90
4.3.1	Risikofaktorenmodell.....	92
4.3.2	Salutogenese .....	93
4.3.3	Modell der Lebensweisen.....	95
4.4	Fazit.....	96
<b>5</b>	<b>Methodologische Vorüberlegungen .....</b>	<b>99</b>
5.1	Ansätze zur Sozialforschung: Qualitativ vs. quantitativ? ....	99
5.2	Qualitative Forschungspraxis .....	103

5.3	Offenheit des Prozesses als zentrale Forderung der qualitativen Methodologie.....	104
5.4	Die Inhaltsanalyse als Instrument der Sozialforschung....	108
5.5	Qualitative Inhaltsanalyse .....	110
5.6	Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING.....	112
<b>6</b>	<b>Festlegung des Materials .....</b>	<b>117</b>
6.1	Analyse der Entstehungssituation .....	118
6.2	Formale Charakteristika des Materials .....	119
6.2.1	Auswahl des Zeitraumes .....	119
6.2.2	Auswahl der Zeitschriften .....	121
6.2.2.1	Blätter der Wohlfahrtspflege.....	122
6.2.2.2	Neue Praxis.....	122
6.2.2.3	Sozialmagazin .....	123
6.2.2.4	Unsere Jugend .....	123
6.2.3	Auswahl der Zeitschriftenbeiträge .....	124
6.3	Richtung der Analyse .....	126
6.4	Theoretische Differenzierung der Fragestellung .....	126
6.5	Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells .....	129
6.6	Definition der Analyseeinheiten.....	130
6.7	Paraphrasierung und Zusammenfassung: Beispiel.....	133
<b>7</b>	<b>Interpretation der Ergebnisse .....</b>	<b>135</b>
7.1	Entwicklung eines Interpretationsinstrumentes .....	135
7.2	Aussagen in Beziehung zu ihrem Erscheinungszeitpunkt .....	136

7.3	Inhaltliche Dimensionen der Aussagen .....	140
<b>8</b>	<b>Der sozialpädagogische Diskurs über Gesundheit.....</b>	<b>143</b>
8.1	Bestimmung der Zuständigkeit für Gesundheit .....	145
8.1.1	Nicht-Zuständigkeit der anderen Disziplinen .....	146
8.1.2	Zuständigkeit der Sozialpädagogik.....	151
8.1.3	Zukunftsperspektiven der Sozialpädagogik.....	155
8.2	Probleme und Lösungen .....	156
8.2.1	Probleme .....	156
8.2.1.1	Gesellschaft.....	157
8.2.1.2	Klient .....	161
8.2.1.3	Andere Disziplinen .....	161
8.2.1.4	Probleme zweiter Ordnung.....	164
8.2.2	Lösungen.....	170
8.2.2.1	Änderung des Individuums als Lösung.....	172
8.2.2.2	Änderung der Umwelt als Lösung .....	172
<b>9</b>	<b>Darstellung ausgewählter Diskurse .....</b>	<b>175</b>
9.1	Konturierung und Profil der Sozialpädagogik .....	176
9.1.1	Gründe der mangelnden Konturierung .....	179
9.1.2	Gegenmaßnahmen und Lösungsvorschläge.....	181
9.1.3	Bezugspunkte des Diskurses .....	183
9.1.4	Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft.....	188
9.1.4.1	Wissensabhängigkeit von Modernisierungsrisiken.....	189
9.1.4.2	Bewertung des Erklärungswertes.....	193

9.2	Hilfe zur Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung.....	195
9.2.1	Der Selbsthilfediskurs.....	197
9.2.2	Hintergrundinformationen zum Selbsthilfediskurs .....	206
9.2.2.1	Ergebnisse der Selbsthilfegruppenforschung.....	208
9.2.2.2	Probleme der Selbsthilfegruppen .....	216
9.2.3	Anschlußpunkte zum Konzept der Risikogesellschaft.....	218
9.2.3.1	Individualisierung.....	219
9.2.3.2	Wissenschaftskritik.....	221
9.2.3.2.1	Einfache und reflexive Verwissenschaftlichung.....	222
9.2.3.2.2	Entmonopolisierung der Erkenntnis .....	224
9.2.3.2.3	Praktische und theoretische Tabus .....	226
9.2.3.3	Entgrenzung von Politik und Nicht-Politik.....	227
9.2.4	Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft.....	229
9.3	Wandel des Klientenbildes.....	232
9.3.1	Der Klient als Problemverursacher.....	234
9.3.2	Änderung des Individuums als Lösung.....	238
9.3.3	Hintergrund des Klientendiskurses.....	243
9.3.3.1	Klient und Sozialpädagoge in einer „Herrschaftsbeziehung“ .....	244
9.3.3.2	Sozialpädagoge und Klient als „Partner“ .....	248
9.3.4	Fazit.....	251
9.3.5	Zum Menschenbild im Konzept der Risikogesellschaft ....	258
9.3.5.1	Ende der Großgruppengesellschaft .....	259
9.3.5.2	Bedeutung der Individuallagen.....	261
9.3.5.3	Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft.....	264

<b>10</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick .....</b>	<b>267</b>
10.1	Zusammenfassung der analysierten Diskursfiguren .....	270
10.2	Bedeutung und Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft.....	277
10.3	Kritische Bewertung des Konzeptes der Risikogesellschaft .....	280
10.4	Bewertung der Analysemethode .....	283
10.4	Ausblick .....	286
10.5	"In Zukunft Gesundheit?" .....	291
<b>11</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>292</b>
<b>12</b>	<b>Erklärung.....</b>	<b>312</b>
	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>313</b>
	<b>Anhang (in gesondertem Band) .....</b>	<b>314</b>
1	Liste der analysierten Texte .....	316
2	Zusammenfassungen und erste Paraphrasierung aller ausgewählten Texte .....	322
3	Liste der Paraphrasen .....	519
3.1	Kategorisierung nach Entstehungszeitpunkt .....	532
3.2	Kategorisierung nach inhaltlichen Qualitäten .....	538
3.3	Paraphrasen, der in den Abschnitten 9.1 - 9.3 dargestellten Diskurse .....	544

## **Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**

Abbildung 1: Personalstruktur in sozialen Berufen .....	49
Abbildung 2: Publikationen zum Stichwort „Risikogesellschaft“ .....	64
Abbildung 3: Publikationen zum Thema „Gesundheit“ .....	82
Abbildung 4: Ausgaben für Gesundheit 1995 .....	85
Abbildung 5: Publikationen zum Stichwort „Gesundheitsrisiko“ .....	98
Abbildung 6: Ablaufmodell Qualitativer Inhaltsanalyse .....	114
Abbildung 7: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung .....	116
Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse .....	131
Tabelle 1: Perspektivenwandel der Jugendhilfe .....	58
Tabelle 2: Gruppierung der Paraphrasen .....	139
Tabelle 3: Schätzungen über die Anzahl von Selbsthilfegruppen in der BRD .....	209
Tabelle 4: Schichtzugehörigkeit in verschiedenen Typen von Selbsthilfegruppen .....	213
Tabelle 5: Schwerpunkte des Klientendiskurses .....	251
Tabelle 6: Kategorisierung der dargestellten Diskurse .....	271
Tabelle 7: Verknüpfung der analysierten Diskurse mit dem sozialpädagogischen Hintergrund und Überlegungen aus dem Konzept der Risikogesellschaft..	279
Tabelle 8: Sozialarbeit im Gesundheitswesen .....	290



## **1 Einleitung**

Das im Jahre 1986 von BECK vorgelegte Konzept der „Risikogesellschaft“ ist eine der herausragenden Veröffentlichungen zur Modernitätskritik im deutschsprachigen Raum. „Risikogesellschaft“ entwickelte sich zu einem Hauptbegriff der Diskussionen um die Moderne und deren Entwicklung. Die z.T. kontroversen Auseinandersetzungen über das Konzept beschränkten sich nicht nur auf die Soziologie, sondern beeinflussten über die scientific community hinaus gesellschaftspolitische Debatten. Selbst in Schulbüchern wird die Risikogesellschaft thematisiert (vgl. TREIBEL 1993, 229). Auch in der Sozialpädagogik hinterließ die Risikogesellschaft deutliche Spuren (RAUSCHENBACH & GÄNGLER 1992; MANSEL 1995).

In meiner Arbeit möchte ich untersuchen, wie deutlich und wie tief diese Spuren in der Sozialpädagogik sind. Dabei interessiert mich, inwieweit sich mit dem Konzept der Risikogesellschaft sozialpädagogische Diskurse klären lassen und ob das Konzept sozialpädagogische Diskurse beeinflusst oder sogar festlegt. Damit knüpft die vorliegende Arbeit an eine Diskussion innerhalb der Sozialpädagogik an, in der das Fehlen eigener Klassiker und Theorieangebote sowie die Orientierung an disziplinfremden Konzepten beklagt wird (WINKLER 1993; HEINER 1995ab). Die Anlage und das Vorgehen meiner Erörterungen ist in dieser Form neu: Ich werde einen genau definierten Bereich sozialpädagogischer Diskussionen untersuchen und auf das Konzept Risikogesellschaft beziehen.

Zur Orientierung werde ich den Aufbau der Arbeit kurz skizzieren: In den Kapiteln 2, 3 und 4 wird das Problemfeld dargestellt. Kapitel 2 widmet sich der Geschichte der Sozialpädagogik. Hier wende ich mich der Frage zu, welche Themen und Probleme sich als wiederkehrende Phänomene ausmachen lassen. Außerdem möchte ich verdeutlichen, daß sozialpädagogische Themen in verschiedenen Foren diskutiert werden, die ihre je eigene Geschichte besitzen. Ein Ereignis von besonderer Bedeu-

tung ist die bundesweite Einführung des akademischen Studienganges am Ende der sechziger Jahre. Hier wurde eine Entwicklung angestoßen, die weitreichende Bedeutung hatte; besonders im Bereich des interdisziplinären Austausches und der Rezeption von theoretischen Konzepten.

Kapitel 3 stellt eines von diesen dar, nämlich die bereits genannte „Risikogesellschaft“. An dieser Stelle wird gefragt und nachgezeichnet, wie das Konzept in der Sozialpädagogik rezipiert wurde, welche Schwierigkeiten es bei der Rezeption gab und welche Elemente und Überlegungen eines Modells „Risikogesellschaft“ besondere Attraktivität für die Sozialpädagogik besitzen.

Im anschließenden Kapitel 4 wird der Diskurs über Gesundheit skizziert. Dieser Themenbereich ist nicht willkürlich gewählt, in dem Sinne, daß er gleichwertig durch andere Gebiete ersetzt werden könnte. Durch die - besonders in Deutschland vorherrschende - assoziative Nähe von Gesundheit und Krankheit wird sehr schnell der Begriff *Gesundheitsrisiko* (HURRELMANN 1991) evident. Ferner erlaubt die allgemein akzeptierte - wenngleich überaus weit gefaßte - Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Erweiterung der sogenannten „Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung“ (vgl. z.B. FRANZKOWIAK & WENZEL 1990) einen guten Zugriff auf sozialpädagogisches Handeln: Sozialpädagogisches Handeln kann in vielen Bereichen als Handeln mit starkem Bezug zum Gesundheitsbereich verstanden werden. Der Diskurs um Gesundheit bietet so eine geeignete Folie, vor der der Diskurs Risikogesellschaft betrachtet werden kann. Damit ist die Vermutung naheliegend, daß der erstere stellvertretend für den gesamten sozialpädagogischen steht.

Im fünften Kapitel geht es um die Frage, welche methodologischen und methodischen Möglichkeiten vorhanden sind, um eine zufriedenstellende Analyse des Diskurses um Gesundheit zu gewährleisten. In

diesem Abschnitt werden methodologische Überlegungen zum Vorgehen formuliert. Zentraler Punkt ist die qualitative Analyse von Artikeln aus Fachzeitschriften. Qualitatives Vorgehen ist zwar allgemein anerkannt, es fehlen jedoch formalisierte und standardisierte Techniken. Daher müssen für annähernd jede qualitative Untersuchung ein eigenes Verfahren entworfen bzw. bestehende Vorschläge modifiziert werden. Dies ist auch hier der Fall: Das gewählte Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING 1995) wurde zur Analyse von Interviews entwickelt. Notwendige Modifikationen für den vorliegenden Fall sind daher notwendig und werden aufgezeigt.

Qualitative Verfahren unterliegen häufig dem Vorwurf, sie seien nicht nachvollziehbar und willkürlich. Um diesem entgegenzutreten, werde ich im Kapitel 6 die Festlegung des Materials möglichst genau replizieren. Die gleiche Dokumentationsfunktion besitzt der relativ umfangreiche Anhang.

Kapitel 7 stellt die Ergebnisse dar. Am Anfang dieses Abschnitts erfolgt eine Zusammenfassung. An dieser Stelle steht die Darstellung des gewonnenen Datenmaterials sowie eine erste Skizzierung der abgeleiteten Ergebnisse im Vordergrund. Zunächst wird eine grobe Zusammenfassung geliefert; bei der das gewonnene Datenmaterial und die daraus abgeleiteten Ergebnisse im Umriss dargestellt erscheinen. So zeige ich auf, welche Themen, Probleme und Formulierungen wiederholt auftauchen, welche neuen sich ergeben und welche verschwinden. Dann werden drei Teildiskurse nachgezeichnet. Es handelt sich dabei zunächst um die aktuelle Problematik, wie die Sozialpädagogik eine Profilierung und Konturierung gegenüber anderen Disziplinen erreichen kann. Ferner ist der Diskurs um die Selbsthilfebewegung aufzuarbeiten. Im dritten Abschnitt dieses Kapitels steht das sich wandelnde Klientenbild der Sozialpädagogik im Mittelpunkt der Betrachtung und ist mit dem Menschenbild der Risikogesellschaft zu vergleichen. Die einzelnen Darstellungen werden jeweils mit Hintergrundinformationen versehen und

schließlich systematisch auf das Konzept Risikogesellschaft bezogen.

In der abschließenden Zusammenfassung soll eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen. Dabei wird zu zeigen sein, welche Antworten die Analyse auf die eingangs gestellten Fragen erbrachte. Möglicherweise können so neue Felder für die sozialpädagogische Diskussion erschlossen werden, die jenseits bisheriger Fixierungen liegen. In der abschließenden Diskussion ist auf der Grundlage des gewonnenen Datenmaterials zu fragen, welchen Einfluß das Konzept Risikogesellschaft in der sozialpädagogischen Diskussion hat bzw. hatte.

## **2 Geschichte der Sozialpädagogik**

Im folgenden Abschnitt steht die historische Entwicklung der Sozialpädagogik im Mittelpunkt der Betrachtung. Ein Thema, das in der Geschichte der Sozialpädagogik Gegenstand von Diskussionen war befaßt sich mit den verschiedenen Bedeutungen, die den Begriffen Sozialpädagogik und Soziale Arbeit bzw. Sozialarbeit innewohnt. Diese Begriffe haben eine unterschiedliche Bedeutung, die ich hier im einzelnen nicht erläutern werde. Es reicht der Hinweis, daß sich der Begriff Sozialarbeit aus der Geschichte der Fürsorge entwickelt hat; Sozialpädagogik hingegen das erzieherische Moment betont. Im akademischen Bereich finden die Begriffe „Sozialpädagogik“ und „Sozialarbeitswissenschaft“ bei der Bezeichnung der Diplomstudiengänge Anwendung. In den Fachhochschulen wird der Ausbildungsschwerpunkt mit „Sozialwesen“ umschrieben. Es hat sich jedoch im Laufe der Zeit eine Konvergenz ergeben, die dazu führte, beide Begriffe sinngleich zu verwenden; häufig mit der Abkürzung SP/SA. Ich werde ähnlich verfahren, ohne auf die Abkürzung zurückzugreifen. Sofern eine Unterscheidung der Begriffe sinnvoll ist, weise ich darauf hin.

### **2.1 Ziel der Darstellung**

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist der sozialpädagogische Diskurs über Gesundheit in den letzten Jahrzehnten. Genauer gesagt handelt es sich um den Zeitraum von 1975 bis 1995. Trotzdem beginne ich diese Arbeit mit einer geschichtlichen Herleitung, die bereits am Ende des letzten Jahrhunderts, etwa um 1870, einsetzt. Warum ist dies überhaupt sinnvoll?

Erstens wird der relativ enge zeitliche Rahmen der Untersuchung, den ich gesetzt habe, erweitert. Zwar wird der Diskurs der letzten 20 Jahre sehr intensiv untersucht, es soll aber über diesen Rahmen hinausgeblickt

werden, um Anschlußpunkte an andere Zusammenhänge zu finden, die ihre Wurzeln außerhalb dieses Zeitraumes haben. Mit der historischen Herleitung soll deutlich werden, daß verschiedene Themen und Grundprobleme wiederkehrend sind. Dadurch können Aussagen aus den letzten zwanzig Jahren relativiert werden, die „neue Probleme und Herausforderungen“ oder „vollkommen neue Situationen“ beschreiben.

Zweitens verdeutlicht die historische Darstellung, welche Perspektive einer Aussage zugrundeliegt. Sichtweisen, Situations- und Problemdiagnosen stehen oft in einer bestimmbareren Tradition und sind geschichtlich verankert.

Die Geschichte der Sozialpädagogik ist relativ schwierig darzustellen, da nicht *die* Entwicklungslinie existiert, die es zu verfolgen gilt und deren Nachzeichnung ein komplettes und erschöpfendes Bild ergibt. Dies kommt u.a. dadurch zum Ausdruck, daß die Literatur zur Geschichte der Sozialpädagogik von unterschiedlichen Interpretationen verschiedener Autoren geprägt ist. Dies drückt sich auch durch die verschiedenen Genres der sozialpädagogischen Geschichtsschreibung aus, die ich unten (Abschnitt 2.2) beschreibe.

Die Geschichte der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit könnte als Geschichte der Institutionen begriffen werden, die sich im Verlauf der Zeit im Handlungsfeld herausbilden, konturieren oder auch verschwinden. Die Geschichte als reine Institutionengeschichte zu begreifen, reicht nicht aus. Denn es gibt nicht nur Institutionen und ihnen inhärente Routinen, die sich entwickeln, sondern auch thematische Trends und Wirklichkeitsbeschreibungen, die wechselnde Aktualität und Attraktivität besitzen. Diese Dynamik bewirkt eine veränderte Einschätzung von ehemals dringlichen Problemen, eine Ablösung durch andere Themen, schließlich sogar ein erneutes, verändertes Aufgreifen der alten Sichtweisen. Die wechselnde Aktualität von Themen ist kein Spezifikum der Sozialpädagogik. Auch in anderen Disziplinen gibt es Themen, die von Moden,

Trends und aktuellen Erfordernissen beeinflusst sind. Was bei der Betrachtung der sozialpädagogischen Themengeschichte auffällt, ist die Herausbildung unterschiedlicher Foren, in denen sozialpädagogisch relevante Themen bearbeitet werden. Diese Foren haben verschiedene Schwerpunkte und sind unterschiedlich beheimatet. Ich werde sie mit den Begriffen Sozialpolitik, Profession und Disziplin fassen und anhand dieser Dreiteilung die Herausbildung der verschiedenen Schwerpunkte beschreiben.

Das Forum der Sozialpolitik ist relativ früh entstanden. Ausgangspunkt sozialpolitischer Erörterungen war, *daß* die Beschäftigung mit sozialer Not und der Umgang damit als Aufgabe gesehen wurde, die staatlicher Reglementierung bedurfte. Hier geht es um die Beteiligung sozial engagierter Personen, um die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um die Mitwirkung an der Gesetzgebung und an administrativen Regelungen, um die Forderung nach gesetzlich abgesicherten Handlungsspielräumen, um Reformen bestehender Regelwerke usw. Ferner waren damals und sind auch heute noch Problemsichten und Lösungsansätze von Personen und Interessengruppen bestimmend, die im Rahmen ihrer Tätigkeit keinen direkten Kontakt mit dem Klientel hatten, also die von Politikern und Ökonomen. Die Rahmenbedingungen sind von politischen und ökonomischen Gegebenheiten und Erfordernissen beeinflusst. Die sozialpolitische Perspektive ist damit sowohl von einer Außen- als auch von einer Binnensicht der Sozialen Arbeit gekennzeichnet, da hier zur Diskussion steht, was Soziale Arbeit aufgrund der aktuellen Erfordernisse, der gesellschaftlichen Lage und mittels der dafür bereitstehenden Ressourcen leisten soll. Durch die Teilnahme von Personen und Interessengruppen mit sozialpädagogischen Ambitionen wurde die Frage in die Diskussion eingebracht, was Soziale Arbeit leisten kann oder leisten könnte.

Die Beziehung der Foren Profession und Disziplin ist wesentlich enger

geknüpft. Hier geht es um Themen und deren Problematisierung, die weitgehend in der fachlichen Öffentlichkeit diskutiert werden. Die Querverweise und Bezugnahmen sind ausgeprägter.

Nachdem ein mehr oder minder breiter gesellschaftspolitischer Konsens erreicht war, daß sich der Staat mit Fürsorge, Wohlfahrt und der Gestaltung sozialer Hilfe beschäftigen sollte und mußte, begann sich das Forum der Profession zu konturieren. Sozialer Arbeit war nach der beginnenden Institutionalisierung ein staatlich legitimer Raum und eine entsprechende Zuständigkeit zugewiesen worden. Es entstand eine Diskussion darüber, wie sie professionell zu leisten sei. Damit wurden Fragen, Probleme und Themen interessant, die mit der konkreten sozialpädagogischen Arbeit und dem Klientel in Verbindung standen. Es ging folglich um die Entwicklung der Methoden, um Professionalisierung und um Ausbildungsfragen, die konkreten Folgen und Auslegungen administrativer Regelungen usw. Diese Themen waren nicht erschöpfend behandelt und stehen auch heute noch im Zentrum sozialpädagogischer Diskussion.

Auch die Themen der Disziplin wurden in einem Forum diskutiert. Die Herausbildung des disziplinären Forums vollzog sich (aus meiner Sicht) sehr spät und zwar mit dem Beginn der Institutionalisierung der Sozialpädagogik als Bezugsdisziplin in einem akademischen Studiengang zu Beginn der siebziger Jahre. Hier wurde über Fragen der Professionalisierung und der Sozialpolitik reflektiert und Forschungen zur Geschichte und zu Problemen der Profession betrieben.

Da das gemeinsame Dach der von mir dargestellten Foren die Sozialpädagogik ist, sind sie miteinander verwoben, bedingen sich gegenseitig oder üben zumindest Einfluß aufeinander aus. Sie sind folglich keine unabhängigen Gebilde, die jeweils für sich betrachtet werden können. Diese von mir vorgeschlagene Konstruktion erleichtert jedoch die Darstellung der Geschichte und bietet damit einen verständlichen Zugang zur



Thematik.

## **2.2 Möglichkeiten in der Darstellung der Geschichte der Sozialpädagogik: Verschiedene „Genres“?**

Arbeiten zur Geschichte der Sozialpädagogik haben einen jeweils anders gewählten Schwerpunkt. Auch bei einem historischen Gesamtabriß müssen die Autoren einen speziellen Fokus wählen. BARON & LANDWEHR (1983) geben einen Überblick über die letzten 200 Jahre, bleiben dabei jedoch auf einer primär sozialpolitischen Ebene. MÜLLER (1992, 1994b) beginnt am Ende des letzten Jahrhunderts und rekonstruiert die Geschichte der professionellen Methoden. ZELLER (1987) beschreibt die Bedeutung der Sozialarbeit als Frauenberuf. Diese Geschichtserzählungen sind somit thematisch verankert und erzählen entlang einer für die Sozialpädagogik relevanten Entwicklungslinie. Weitere Arbeiten zur Geschichte der Sozialpädagogik sind auf einen historischen Abschnitt fokussiert, z.B. auf die Soziale Arbeit im Nationalsozialismus (OTTO & SÜNKER 1989, 1991). Andere Arbeiten problematisieren den Begriff der Sozialpädagogik mittels einer historischen Perspektive (MÜNCHMEIER 1981; MOLLENHAUER 1987).

Neben diesen inhaltlichen Unterschieden in Arbeiten zur sozialpädagogischen Historie gibt es einen weiteren Aspekt, den ich für wichtig halte. Mir scheinen für den sozialpädagogischen Themenkreis zwei Genres dominierend zu sein: Es kommt den jeweiligen Autoren nicht nur auf die besondere thematische Fokussierung, sondern auch auf die Wahl der jeweils dazu passenden Stile an.

Um welche Genres handelt es sich? Das eine erzählt die Entwicklungsgeschichte sozialer Institutionen. Strukturierende Elemente sind gesellschaftspolitische Ereignisse, Gesetzesinitiativen und deren Wechselwirkung mit sozialpädagogischen Aktivitäten usw. Kennzeichnend hierfür ist die Orientierung an Jahreszahlen, die eine strenge Chronologie

erlauben. Zusätzlich werden soziodemografische Daten - Bevölkerungswachstum in Stadt und Land, Wanderungsbewegungen der Bevölkerung, Durchschnittseinkommen usw. - zur Verdeutlichung herangezogen. Dieses Genre scheint primär „quantitativ“ orientiert zu sein und bevorzugt eine Außenperspektive. Mit dem Begriff Außenperspektive meine ich, daß kaum über Methoden der Sozialarbeit geschrieben wird oder über Individuen, die Soziale Arbeit initiieren und über deren Motivation usw. Die konkrete Soziale Arbeit steht hier kaum zur Betrachtung an. Gegenstand dieser Geschichte ist die Entwicklung des Handlungsfeldes in Verbindung mit der sozialpolitischen Dynamik, die durch eine enge Bezugnahme auf Daten gekennzeichnet ist.

Kennzeichnend für das andere Genre ist die Darstellung einer Diskurs- und Ideengeschichte, die aus einer Binnenperspektive erzählt wird. Grundlage dieser Form der Erzählung ist die Identifizierung (sozial-) pädagogischer Klassiker sowie die Darstellung und Interpretation ihrer Grundgedanken. Hier scheint die inhaltliche „Qualität“ der Gedanken, die sich durch eine Interpretationsleistung der Geschichtsschreiber identifizieren lassen, ausschlaggebend zu sein. Zwar wird beklagt, daß die Sozialpädagogik keine Klassiker habe bzw. sich derer nicht bewußt sei (WINKLER 1993), bei der Durchsicht der Literatur scheint jedoch die Bedeutung von NATORP, NOHL und MOLLENHAUER unbestritten. Gegenstand dieser Betrachtung ist die Disziplin. Die Erzählung rekurriert weniger auf Daten, als vielmehr auf Ideen und deren Bedeutung für die folgende Theoriebildung.

Neben dem Trennenden haben die Genres auch Gemeinsames. Die Erzähler beider scheinen eine Vorliebe für die Entwicklungen aus dem Kaiserreich und der Weimarer Republik zu haben.

Beide Richtungen sind in absoluter Reinform nicht vorhanden. Keine ernstzunehmende Institutionengeschichte unterschlägt die Ideen und

Diskurse, die z.B. dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG, 1922/24) zugrundeliegen. Keine Ideengeschichte kann es sich leisten, soziodemografische Veränderungen nicht zu erwähnen. Gut lesbare und ertragreiche Darstellungen sind oft eine Mischform. Die von MÜLLER (1992, 1994b) vorgelegte Geschichte der sozialpädagogischen Methodenentwicklung ist ein Beispiel dafür. Auch hier wird chronologisch erzählt und gleichzeitig der jeweilige Diskurs der Methodendiskussion abgebildet.

Beide Genres haben Vor- und Nachteile. Die Institutionengeschichte verfügt über ein stabiles Gerüst aus Jahreszahlen und soziodemografischen Daten. Dem Leser wird dadurch eine Orientierung erleichtert, d.h. er weiß, in welcher zeitlichen Periode die Entwicklungen anzusiedeln sind. Die quantitative Darstellung vermittelt somit einen gewissen Grad an Objektivität. Es werden jedoch nur die Ereignisse erwähnt, die nach der Interpretation des Autors auch eine hinreichende Bedeutung hatten oder zukünftig haben werden. Dies führt zu einer Ausklammerung von Diskursen, die (nach Ansicht des jeweiligen Verfassers) kaum gesellschaftspolitische Auswirkungen zeigten. Es besteht das Risiko einer oberflächlichen Betrachtung, bei der interessante Informationen verlorengehen.

Die Ideengeschichte besitzt eine reiche ideelle Substanz. Es werden einzelne Gedankengänge von Klassikern und historische Diskurse dargestellt. Die Darstellung einer Ideengeschichte ist notwendigerweise subjektiv; sowohl bezogen auf die Auswahl der Klassiker und ihrer Schriften als auch auf die Auswahl der Erörterungen und deren Interpretation. Gleichwohl können auch untergründige und übergangene Abhandlungen Thema der Betrachtung sein. Aber sind diese Diskurse vielleicht zurecht untergründig und übergangen, da sie irrelevant sind?

Was kann getan werden, um eine Geschichte der Sozialpädagogik zu erzählen, die sowohl ein stabiles Gerüst als auch genügend ideelle Substanz hat? Diese oder ähnliche Überlegungen und Fragen bewegten

wohl auch BÖHNISCH, NIEMEYER & SCHRÖER (1997), als sie eine Historische Sozialpädagogik forderten. Auch sie machen zwei Pole aus, an denen sich Autoren orientieren, die eine Geschichte der Sozialpädagogik schreiben. Durch eine Verschränkung der bisher gepflegten Erzählstile in der Historischen Sozialpädagogik erhoffen sich BÖHNISCH, NIEMEYER & SCHRÖER (ebd.) eine Öffnung der Geschichte. Dabei wird ein Programm entworfen, das sich an acht Diskurssträngen orientiert, die miteinander verbunden sind und aufeinander verweisen. Warum es genau diese Diskursstränge sein sollen, bleibt unklar. Die Autoren betonen, daß ihre Auswahl nicht erschöpfend sei. Trotzdem scheint mir dies ein Weg zu sein, womit ein Nachdenken über die Geschichte der Sozialpädagogik angeregt werden kann.

Es wurde aufgezeigt, daß es eine einheitliche und allgemein akzeptierte Geschichte der Sozialpädagogik nicht gibt. Forschungen über die Geschichte der Sozialpädagogik scheinen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Ähnlich sieht es - nach meinen persönlichen Erfahrungen - mit der Lehre aus. Die Geschichte der Pädagogik war zwar ein Prüfungsthema für Diplom-Pädagogen; eine entsprechende Veranstaltung - schon gar über mehrere Semester - wurde jedoch in meinem Studienort Braunschweig nicht angeboten. Ob dies ein bewußtes Ausgrenzen dieser Thematik seitens der Verantwortlichen der Hochschule war oder auf die notorische Ressourcenknappheit zurückzuführen ist, wage ich nicht zu beurteilen. Ein systematischer Zugang zu Klassikern, zu historischen Fachdiskursen und relevanten gesellschaftspolitischen Ereignissen blieb letztendlich den Absolventen selbst überlassen. Diese Zustände existieren sicher an mehreren Hochschulstandorten. Eine derartige Unterlassung scheint mir ein fataler systematischer Fehler zu sein, der in der Klage endet, die Disziplin würde sich zuwenig mit ihren Klassikern beschäftigen.

Wie kann angesichts dieser Problematik eine Geschichte der Sozial-

pädagogik geschrieben werden, die eine geeignete Einführung darstellt? Wie kann und wie soll ein stabiles Verhältnis von „Gerüst“ und „Substanz“ hergestellt werden? Soll die Geschichte der Profession oder die der Disziplin geschildert werden?

Mit den Überlegungen zum Genre habe ich verdeutlicht, daß es verschiedene Erzählstile gibt. Der Stil gibt aber noch nicht vor, welche Fakten und Ereignisse in der geschichtlichen Darstellung erwähnt werden. Die inhaltliche Gestaltung hängt vom angestrebten Ziel und Zweck ab.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Ermittlung der Bedeutung des Konzeptes Risikogesellschaft für den Diskurs der Sozialpädagogik. Der Diskurs, den ich untersuchen werde, wird sowohl im Forum der Profession als auch in dem der Disziplin geführt. Es erscheint daher sinnvoll, auf die Entstehung der professionellen Sozialarbeit und die der akademischen Disziplin hinzuweisen. Zudem bleiben die Profession und die Disziplin nicht unberührt von der Sozialpolitik, die den Rahmen vorgibt und die Ressourcen stellt. Es wird daher auch notwendig sein, die sozialpolitische Entwicklung darzustellen.

Die Fragestellung der Arbeit impliziert, daß das Konzept Risikogesellschaft einen Einfluß auf den sozialpädagogischen Diskurs hatte und immer noch hat. Mit dem Begriff Risikogesellschaft wird eine bestimmte Denkweise und Gesellschaftssicht bezeichnet; es handelt sich um ein theoretisches Konstrukt. Insofern ist es geboten, auch auf Ideen und benachbarte thematische Trends einzugehen, also auf einen sich verändernden Diskurs. Ich werde eine Mischung der genannten Stile wählen müssen, die sowohl aus Daten als auch aus Erörterungen und Ideen besteht.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich der Aufbau der folgenden Arbeit. Es sollen thematische Grundlinien und zentrale Bezugspunkte der So-

zialpädagogik - wenn möglich, chronologisch gegliedert - aufgezeigt werden. Es geht darum, wichtige Diskurse, die z.T. bis heute Auswirkungen auf die Sozialpädagogik haben, zu skizzieren und gleichzeitig einen kurzen historischen Abriß der Geschichte der Sozialpädagogik zu geben. Das folgende Kapitel dient zur Einführung in die Thematik. Wegen der komplexen Materie und der geschilderten Problematik der „Genres“ bei einer historischen Aufarbeitung der Geschichte der Sozialpädagogik wird mit der folgenden Darstellung kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Während zunächst die sozialpolitischen Reaktionen auf gesellschaftliche und ökonomische Anforderungen im Vordergrund stehen, werde ich in der weiteren Darstellung verstärkt auf die Entwicklung der Profession und der Disziplin eingehen. Das Feld der Sozialen Arbeit differenziert sich rasch aus. Konkretisierungen sind daher nur punktuell leistbar. Daß ich dabei häufig auf die Entwicklung in der Jugendhilfe eingehe, liegt an der eindeutig besseren Literaturlage zu diesem Bereich.

Die Entwicklung während der Zeit der nationalsozialistischen Diktatur will ich nicht näher beschreiben. Die Literaturlage zu diesem Thema ist dünn. Die Vorlagen in dieser Zeit sind schwer zu beschreiben. Reformpädagogische Bemühungen wurden gestoppt oder für eigene Zwecke nutzbar gemacht, andere Tendenzen faßten Raum. Die Problematik dieser Zeit ist durchaus eine Erörterung wert. Im Rahmen dieser Arbeit kann ich eine notwendige differenzierte Beschreibung nicht leisten. Zudem ist eine Einlassung auf dieses Thema nicht zwingend notwendig, um den Kern dieser Arbeit zu verstehen.

### **2.3 Thematische Grundlinien**

Armenfürsorge und Soziale Arbeit haben Wurzeln, die weit zurückreichen. MÜLLER (1994b) beginnt seine Einführung - wenngleich in pointierter Form - mit dem Gleichnis des Barmherzigen Samariters, das er mehrfach wendet und verschieden interpretiert. SACHSE & TENNSTEDT

(1980) haben die Anlage der Leitlinien der Fürsorge deutlich herausgearbeitet und gehen bis auf das Mittelalter zurück. Sie verweisen auf die Sicherungssysteme innerhalb der Zünfte in der Feudalordnung, auf das mittelalterliche Armenwesen und auf die Tradition der christlichen Nächstenliebe. Daß die Fürsorgeprinzipien der Subsidiarität, der Individualisierung der Not und das Heimatprinzip hier angesiedelt werden müssen, mag ich nicht bestreiten. Während die Autoren jedoch auf die Überlegungen von ELIAS und FOUCAULT rekurren, geht es mir in diesem Abschnitt um die Darstellung wichtiger sozialpolitischer Entscheidungen jenseits der sozialdisziplinierenden Funktionen.

Für meine Zwecke ist es interessanter und effektiver, den Blick auf die letzten 130 - 150 Jahre zu lenken, da hier die Anlagen der modernen Sozialarbeit klarer herausgearbeitet werden können. Innerhalb dieses Zeitraumes sind prägnante Veränderungen und Umwälzungen eingetreten, während in den vorhergehenden Jahrhunderten relative Ruhe herrschte und kaum gesellschaftliche Veränderungen von der Größenordnung der industriellen Revolution eintraten. Dies wurde bereits von MOLLENHAUER (1987, 19 ff.) erwähnt.

Zudem ist es schwer, ein Bild über die Vorläufer der professionellen Sozialen Arbeit in Deutschland zu entwerfen, da erst nach der Reichsgründung 1871 eine einheitliche Gestaltung der Fürsorgerichtlinien möglich war. Eine differenzierte Darstellung der jeweiligen Gestaltung in den souveränen Staaten wäre eine eigene Arbeit wert. Auch nach der Reichsgründung unter der Führung Preußens gab es eine Reihe von gesetzlichen Ausnahmebestimmungen in einzelnen Gebieten. Dies gilt auch für zentrale Gesetze wie das Unterstützungswohnsitzgesetz (UWG; s.u.), das die Zuständigkeit für die Gewährung sozialer Hilfeleistungen regelte. Dieses wichtige Gesetz gab es bereits 1855 in Preußen und erlangte 1871 für das Deutsche Reich Gültigkeit. In Baden und Württemberg trat es erst ein Jahr später in Kraft; Bayern und Elsaß-Lothringen

galten im Sinne dieses Gesetzes weiterhin als Ausland, und in Bayern blieb zusätzlich das konkurrierende Heimatrecht bis 1913 gültig.

### **2.3.1 Sozialpolitische Themen der Sozialpädagogik**

Diese Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Fürsorge hatten weitreichende Auswirkungen auf die Entstehung eines sozialpolitischen Forums. Die Vereinheitlichung der Fürsorge war mit der Notwendigkeit verbunden, über bisher bestehende Grenzen hinweg zu diskutieren und gemeinsame Probleme und Ziele zu definieren. Einige Schwerpunkte werde ich in den folgenden Abschnitten kurz skizzieren. Dabei tritt zutage, daß eine ganze Reihe von Themen eine dauerhafte Aktualität besitzen. Auch die dabei ausgetauschten Argumente bleiben relativ ähnlich.

Bei der vorliegenden Darstellung könnte der Eindruck entstehen, daß ich mit der sozialpolitischen Entwicklung ausschließlich die Entwicklung der öffentlichen Fürsorge meine. Das ist nicht der Fall. An den Diskussionen und an der Entwicklung der Fürsorge sind auch die Träger und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege beteiligt. Eine detaillierte Beschreibung, welche thematischen Trends in den einzelnen freien Wohlfahrtsverbänden diskutiert und welche sozialpolitischen Aktivitäten von ihnen entfaltet wurden, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Zudem liegen zu diesem Themenkomplex entsprechende Arbeiten vor (ALBER 1987; FLIERL 1992).

#### **2.3.1.1 Entwicklung der Armenpflege und Fürsorge im Kaiserreich und der Weimarer Republik**

Das Leitmotiv der Entwicklung des Armenwesens im 19. Jahrhundert wird von der Durchsetzung des kapitalistischen Wirtschaftssystems bestimmt. Trotzdem vollzieht sich die Entwicklung nicht gleichförmig, sondern in Verbindung mit wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen



Ereignissen.

Die Entwicklungen im Zuge der industriellen Revolution zu Beginn bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts brachten besonders für die Städte und Industriereviere erhebliche Probleme mit sich. Eine rasch anwachsende Zahl von verarmten und hilfsbedürftigen Menschen sammelte sich in den Städten. Von seiten des aufstrebenden Bürgertums wurden Gefahren für Eigentum und öffentliche Ordnung befürchtet. Die bestehenden Wohlfahrtseinrichtungen waren kaum in der Lage, die sich quantitativ und qualitativ verschärfende Situation entscheidend zu mildern. Der Umgang mit der wachsenden Massenverelendung und Verarmung großer Bevölkerungsteile - dem Pauperismus - wurde verstärkt als Aufgabe der öffentlichen Verwaltung gesehen. Diese Aufgabe übernahmen öffentlich bestellte Armenpfleger, die zur Ausübung ihrer Bestimmung keinerlei spezielle Qualifikationen benötigten.

Die bestimmenden Kreise der kommunalen Administration unterlagen zunehmend dem Einfluß des Bürgertums. Mit ihnen wurden liberalistische Grundsätze für die Armenpflege leitend. Das bedeutete, möglichst wenig öffentliche Hilfe zu gewähren. Eine radikale Position wurde von dem britischen Pfarrer und Nationalökonom MALTHUS (vgl. BELARDI 1980, 36 ff.) formuliert. Sein „Bevölkerungsgesetz“, das in England, später auch in Deutschland die Fürsorge beeinflusste, war vom Liberalismus dieser Zeit geprägt. Seiner Meinung nach sind an „... der Tafel des Lebens (...) nicht genug Gedecke aufgestellt, wer sich daran setzt, verdrängt einen anderen“ (MALTHUS zit. n. BELARDI 1980, 37). Armut ist nach dieser Auffassung quasi als Naturgesetz oder „Plan Gottes“ gegeben. Hilfe in irgendeiner Art hat somit paradoxe Effekte: Durch eine Unterstützung der Armen steige die Kinderzahl und damit die Armut. MALTHUS forderte deshalb die Aufhebung bestehender Hilfsangebote und das Verbot jedweder Hilfeleistungen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war diese Argumentation weit verbreitet und verlor ihren Einfluß erst allmählich.

Damit existiert bereits ein Hinweis darauf, wovon die Gestaltungsspielräume der Sozialen Arbeit abhängen: Nämlich von den Werteinstellungen der jeweils dominierenden Schicht, den ökonomischen Ressourcen und den geltenden sozialpolitischen Regelungen.

Zyklische Schwankungen des kapitalistischen Wirtschaftsprozesses ließen ein Problem der Armenpflege hervortreten, das zur Kernfrage wurde. Eine relativ homogene und konstante Klasse der Armen und Bedürftigen schien es nicht mehr zu geben. Zwar war eine gewisse Anzahl von Menschen durch schwere Krankheit oder Behinderung dauerhaft nicht fähig, am Produktionsprozeß teilzunehmen und daher ständig verarmt; die große Masse der von Verarmung Bedrohten war aber zumindest teilweise arbeitsfähig. Armut und Hilfsbedürftigkeit resultierten bei ihnen nicht aus einer Krankheit oder Behinderung; vielmehr wurden die Produktionsschwankungen und daraus resultierende Arbeitslosigkeit großer Bevölkerungsteile zur Ursache von Armut. Die Aufgabe der Armenpflege wurde dahin interpretiert, den zeitweilig Armen Unterstützung zu geben, ohne ihnen ein arbeitsfreies Einkommen zu erlauben. Dies ist eine Argumentation, die wir auch heute noch kennen: Soziale Unterstützung darf nicht dazu führen, daß sich die Empfänger dem Produktionsprozeß entziehen und auf Kosten anderer leben. Damit wurde gleichzeitig unterstellt, daß sich Menschen freiwillig und gezielt in die Armut bewegen, um ein möglichst geruhames Leben zu führen, das von der Gemeinschaft finanziert wird. Um diesen Mißbrauch zu unterbinden, sollten die sozialen Unterstützungsleistungen gegenüber dem Einkommen aus selbständiger Arbeit möglichst unattraktiv gestaltet werden. Andererseits mußte aber denen, die aus verschiedenen Gründen nicht fähig waren, am Produktionsprozeß teilzunehmen, Unterstützung zukommen. Aus diesen Überlegungen entstand die Unterscheidung zwischen selbstverschuldeter und unverschuldeter Armut.

Dieser Unterschied wurde in den angelsächsischen Ländern durch den

„workhouse-test“ festgestellt. Hilfebedürftige mußten in Arbeitshäusern unter strenger Bewachung schwere Arbeit verrichten, um zu beweisen, daß sie arbeitswillig waren. Die Praxis dieser Arbeitshäuser wirkte auf die Verantwortlichen in Deutschland eher abschreckend, weshalb sich die Arbeitshäuser hier nicht durchsetzen konnten.

Die alleinige Differenzierung zwischen selbstverschuldeter und unverschuldeter Armut reichte indes zur Gestaltung der Fürsorge nicht aus. Gleichzeitig mußte geklärt werden, welcher Träger die Unterstützungsleistungen aufbringen sollte. Diese Zuständigkeit wurde bis zu diesem Zeitpunkt durch das Heimatrecht geregelt. Heute steht es für uns außer Frage, daß soziale Hilfe am jeweiligen Wohnsitz geleistet wird. Diese rechtliche Sicherheit geht in Deutschland auf das bereits erwähnte Unterstützungswohnsitzgesetz (UWG) zurück, das im Deutschen Reich ab 1871 gültig war. Bis dahin galt das Heimatrecht (in Bayern bis 1913), wonach Bedürftige in ihrer Heimat - in der Regel am Geburtsort - Hilfe erhielten. Diese Regelung war jedoch nur solange sinnvoll, wie Wohnsitz und Heimatort zusammenfielen. Wer in Not geriet, wurde von örtlichen Stellen notdürftig versorgt und zum Geburtsort zurückgeschickt. Die massiven Bevölkerungswanderungen zu und zwischen den prosperierenden Industrierevieren im Zuge der industriellen Revolution machten die bisherige Regelung immer weniger praktikabel; sie stand zudem den ökonomischen Interessen im Weg. Grundvoraussetzung der liberalistischen Ideologie war die Anwesenheit einer großen Anzahl von Proletariern in direkter Umgebung der Produktionsstätten. Nur so konnten aus der Masse der von Verelendung bedrohten Bevölkerung Arbeiter rekrutiert werden, die zu möglichst geringem Lohn produzierten. Das Heimatrecht zog jedoch genau diese Menschen ab.

Auf der anderen Seite stand der Widerstand der kommunalen Träger aus den Heimatgemeinden. Insbesondere bei den ostelbischen Junkern

wuchs der Widerstand, ehemals Leibeigene zu unterstützen, obwohl diese längst „befreit“ waren. Das UWG trat daher bereits 1855 in Preußen in Kraft und regelte, unter welchen Voraussetzungen welcher Ort als Wohnsitz zu gelten und welcher kommunale Armenverband Unterstützungen zu leisten hatte. Das UWG stellte allerdings keinen kompletten Bruch mit dem Heimatrecht dar, sondern war als Erweiterung der früheren Regelung gedacht, die gleichzeitig eine Anpassung an gewandelte gesellschaftliche Bedürfnisse leistete.

Wohlgemerkt handelte es sich hier um eine Klärung der Zuständigkeit. Ein Rechtsanspruch der Bedürftigen war explizit ausgeschlossen. Auch Regelsätze oder „Warenkörbe“ waren noch lange nicht Gegenstand der Überlegungen. So lassen sich auch enorme Schwankungen der Hilfeleistungen zwischen einzelnen Kommunen erklären.

Das UWG beendete die Streitigkeiten zwischen den Armenverbänden nicht. Es war vielmehr als eine Verfahrensregel zu verstehen, die für Rechtssicherheit sorgte. Weiterhin lehnten Verbände die Verantwortungsübernahme ab oder verwiesen auf andere Institutionen. Es kam zu einer Prozeßflut auf der Grundlage des UWG, die vom „Bundesamt für das Heimatwesen“ in Berlin bewältigt werden sollte.

Die Gestaltung der Hilfe wurde zunehmend als Aufgabe der Kommunen begriffen. Prominenz erlangte das Elberfelder System, nach der Stadt Elberfeld - heute ein Teil Wuppertals -, in der es ausgearbeitet und praktiziert wurde, benannt. Grundlage war auch hier die liberalistische Haltung des Bürgertums, die es verneinte, rein materielle Hilfe über einen längeren Zeitraum zu leisten. Hilfebedürftige sollten möglichst schnell in den Produktionsprozeß integriert werden.

Das Elberfelder System beruhte auf einer starken Betonung der persönlichen Kontakte von Hilfesuchenden und Armenpfleger. Gleichzeitig erreichte man damit eine möglichst lückenlose Überwachung. Zu diesem Zweck wurde die Stadt in Quartiere aufgeteilt, in denen je ein ehren-

amtlicher Armenpfleger für 2 bis maximal 4 „Hausarme“ zuständig war. Dieser hatte die Hilfesuchenden möglichst schnell einer geregelten Arbeit zuzuführen. Materielle Hilfeleistungen sollten nur sehr kurz - wenige Tage - erfolgen. Es mußten auch unterbezahlte Tätigkeiten angenommen werden, da sonst der Anspruch auf Unterstützung erlosch. Damit konnten Löhne und Produktionskosten gedrückt werden, da die ehrenamtlichen Armenpfleger selbst oft Unternehmer waren und so ökonomisches und soziales Interesse verknüpften. Das Elberfelder System hielt sich bis in die wirtschaftliche Rezession nach der Reichsgründung - der sogenannten Gründerkrise - hinein und wurde zum Modell für andere Kommunen.

Die öffentliche Bearbeitung von Armut bedeutete für die Hilfeempfänger eine Ausgrenzung und Stigmatisierung, z.B. durch den Verlust des Wahlrechtes bei Inanspruchnahme der öffentlichen Hilfe. Empfänger sozialer Hilfeleistungen galten bis 1918 nicht als Vollbürger. Viele Berechtigte nahmen die möglichen Hilfen nicht in Anspruch, da sie mit rechtlichen Benachteiligungen verbunden waren und sie sozial ausgegrenzt wurden. Diese „verschämten Armen“ konnten Leistungen von privaten wohltätigen Einrichtungen in Anspruch nehmen, die gegen Ende des letzten Jahrhunderts vielfach entstanden. Neben der bereits skizzierten bürgerlich-liberalistischen Linie ist dies ein zweiter Strang, der für die Entwicklung der Sozialen Arbeit wichtig war. Auch hier galt - neben den Kirchen - das Bürgertum als wichtiger Träger. Die Motivation ließ sich dabei weniger von ökonomischen Interessen, denn von einem sozialen Engagement herleiten. So sinnvoll die z.T. sehr kleinen und speziell ausgerichteten Einrichtungen im Einzelfall sein konnten, die Summe der angebotenen und geleisteten Hilfe war chaotisch und unorganisiert.

In der Stadt Dresden wurden Mitte der achtziger Jahre 200, in Hannover 300 Wohltätigkeitsvereine gezählt; eine Aufstellung für Berlin weist über 1000 private Einrichtungen auf, die meist auf sehr spezifischen Gebieten tätig waren.

(BARON 1983, 30)

Die Diskussion um die Neuorganisation der Armenpflege beschäftigte

sich mit dem Verhältnis von öffentlicher Fürsorge und privater Wohltätigkeit. Ziel war nicht die Abschaffung der privaten Wohltätigkeit. Vielmehr ging es im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips um die Herstellung einer effektiven Komplementarität. Man strebte nicht nur die rein quantitative Ergänzung der erbrachten Leistungen an, sondern auch die Sicherung verschiedener Qualitäten, die öffentliche und private Träger leisten konnten. Von den privaten Einrichtungen wurde besonders die pädagogische Ausrichtung ihrer Wohltätigkeit erwartet und gefordert. Sie sollten neben materiellen Hilfen auch erzieherische Funktionen erfüllen.

In diesem Spannungsfeld zwischen öffentlicher Armenpflege und privater Wohltätigkeit entstand 1880 auf Initiative von Vertretern der öffentlichen Armenpflege der „Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit“. Dies ist eine bis heute wichtige Institution der Sozialen Arbeit. Der „Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge“ wie er heute heißt, begreift seine Aufgabe als Interessenvertretung im Rahmen der Gesetzgebung. Mit dem „Deutschen Verein“ entstand eine Einrichtung, in der die Probleme der Fürsorge kompetent diskutiert und Lösungsmöglichkeiten entworfen wurden. Die Organisation und Effektivierung der freien Wohltätigkeit wurde ebenso versucht wie eine Angleichung der unterschiedlichen kommunalen Hilfeleistungen.

Dies war gegen Ende des letzten Jahrhunderts auch notwendig. Eine nie gekannte Rezession in der Gründerkrise ließ die sozialen Probleme verstärkt zu einem politischen Thema werden. Vereinzelte Forderungen nach einer Rückkehr zum Heimatrecht kamen auf. Es war zu klären, wie in einer Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs und ökonomischer Krise die Fürsorge zu gestalten sei. Drei Themen standen im Mittelpunkt der Diskussion:

- Einführung von Sozialversicherungen;
- Strafverschärfungen bei Mißbrauch von Sozialleistungen und

- Neuorganisation der Armenpflege.

Daß heute - über 100 Jahre später - die Pflegeversicherung eingeführt und eine verstärkte Diskussion über die Unterbindung des Mißbrauchs von Sozialhilfe feststellbar ist sowie eine Neuorganisation der Jugendhilfe nach marktwirtschaftlichen Prinzipien diskutiert wird, macht erneut deutlich: Die Beschäftigung mit Themen, Trends und Problemen aus der Geschichte haben einen hohen Wiedererkennungswert in der Gegenwart!

Die Durchsetzung der Sozialversicherungen hatte ebenfalls Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Sozialen Arbeit. Die Verabschiedung der Sozialversicherungsgesetze durch den Reichstag war das vorläufige Ende kontroverser Diskussionen und bedeutete den Ausgleich zwischen verschiedenartigen Interessen. Auf Seiten der Armenverbände wuchs die Unzufriedenheit aufgrund der steigenden Kosten, die sie durch eine steigende Anzahl von Hilfsbedürftigen zu begleichen hatten. Besonders in der anhaltenden Rezession der Gründerkrise wurden Stimmen laut, die eine Beteiligung der Unternehmer an den Kosten forderten. Schließlich waren nach Ansicht der Armenverbände die unfallträchtigen Arbeitsbedingungen und die Arbeitslosigkeit wesentliche Auslöser der Bedürftigkeit. Da von den Unternehmern die Arbeitskraft der Menschen ausgenutzt wurde, erschien es gerecht, wenn sich die Arbeitgeber im Falle individueller Not an den Kosten beteiligten.

Diese Forderung blieb bei den Arbeitgebern nicht ungehört, zumal eine Reihe von Großunternehmern bereits betriebsinterne Sozialmaßnahmen für ihre Beschäftigten anboten. Zusätzlich schien die wirtschaftliche Misere Deutschlands auf dem Weltmarkt nur durch eine höhere Qualität der Produkte behebbar zu sein. Höhere Qualität war aber nur zu erreichen durch höhere Motivation der Mitarbeiter bei gleichzeitiger langfristiger Bindung an den Betrieb. Die Arbeitsbedingungen in zahlreichen Betrieben standen diesem Ziel entgegen, was zu einer hohen Fluktuationsrate führte.

Hinzu kam ein politisches Interesse der Reichsregierung unter der Führung BISMARCKs. Durch eine soziale Absicherung der Arbeiter sollte der Arbeiterbewegung, die durch die SPD eine ständig stärker werdende Vertretung fand, der Zulauf abgeschnitten werden.

1883 wurde die Krankenversicherung eingeführt; 1884 die Unfallversicherung, die umstrittener war; 1889 folgte die Invaliden- und Altersversicherung. Eine Arbeitslosenversicherung war noch nicht vorgesehen. Sie folgte erst in der Weimarer Republik. Das System der sozialen Sicherung in Deutschland, wie wir es bis heute kennen, war damit in seinem Fundament errichtet. Die drei Säulen des Sozialstaates - Versicherung, Versorgung und Fürsorge - sind deutlich zu erkennen. Auf der Grundlage des bisher Erreichten fand eine Konsolidierung der Sozialen Arbeit bis zum Ersten Weltkrieg statt. Da bald eine Verbesserung der konjunkturellen Lage eintrat, wurden die sozialen Sicherungssysteme nicht in erhöhtem Tempo ausgebaut. Dies mag aus der heutigen Sicht erstaunen, da heute eine gute konjunkturelle Lage und sich füllende Staatskassen eher zu einem Ausbau sozialer Angebote führen. Dem stand jedoch die liberalistische Gesinnung der öffentlichen Träger gegenüber: Eine gute ökonomische Situation bedeutete Arbeitskräftemangel. Zur Sicherstellung des Bedarfs war eine möglichst unattraktive Gestaltung sozialer Zuwendungen hilfreich.

Die Einführung der Sozialversicherungen hatte zwei wichtige Effekte. Mit den Sozialversicherungen wurde eine bisher latente Unterscheidung innerhalb der Armenfürsorge manifest. Waren bisher sowohl die Arbeitslosen als auch die dauerhaft Kranken und Behinderten der Klasse der Armen zugerechnet worden, entstand nun ein qualitativer Unterschied innerhalb dieser gesellschaftlichen Schicht: Für Menschen, die am Produktionsprozeß zumindest temporär teilnahmen, gab es nun einen Rechtsanspruch auf Hilfe, während die Mittellosen aus der Solidargemeinschaft ausgeschlossen blieben. Diese Trennungslinie ist bis heute



feststellbar und bedeutsam für die Soziale Arbeit.

Zweitens besaßen die Sozialversicherungen einen großen Verwaltungsbedarf. Durch die Einrichtung der entsprechenden Verwaltungsstellen wurde die staatliche Sozialbürokratie weiter ausgedehnt. Damit entstand ein Verwaltungsapparat, der sich weiter ausdifferenzierte und Routinen für den Umgang mit Bedürftigkeit herausbildete.

Die Beschäftigung mit den anfallenden Kosten im Versicherungsfall ließ auch den Aspekt der Prävention stärker in den Blick treten. Daher wurde das Gesundheitswesen zunächst im Bereich der Tbc-Bekämpfung und Säuglingsfürsorge ausgebaut.

Die Dynamik und die Erfordernisse des Ersten Weltkriegs sorgten nicht für ein Erstarren des bisher aufgebauten Systems sozialer Hilfe. Ganz im Gegenteil! In dieser kurzen Zeit wurden eine Reihe von Entwicklungen angestoßen und weitergeführt. Entscheidende Konzeptionen, die auch heute noch gültig sind, haben hier ihren Ursprung.

Aufgrund der dauerhaften Krisensituation entwickelte sich der Staat zum Interventionsstaat. Eine Steuerung der Leistungen blieb aufgrund der knapper werdenden Ressourcen unabdingbar. Zudem blieb die Erfahrung von Not und Armut nicht länger ein Phänomen der unterprivilegierten Schichten. Auch im Bürgertum machte sich Bedürftigkeit bemerkbar. Der 1. Weltkrieg hatte soziale Folgen, die schichtenübergreifend und bisher nicht absehbar auftraten. Der bisher handlungsleitende Unterschied in der Sozialen Arbeit zwischen selbstverschuldeter und unverschuldeter Armut erwies sich als hinfällig. Nunmehr wurde das Kausalitätsprinzip (die Gewährung der Hilfe wird abhängig von den Gründen für die Notsituation gemacht) allmählich durch das Finalitätsprinzip (die Gewährung der Hilfe erfolgt, sofern eine Notsituation entstanden ist) abgelöst.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß der Begriff „Armut“ in

dieser Zeit aus dem offiziellen Sprachrepertoire verschwand und peinlich vermieden wurde.

*Exkurs:* Dies ist bis heute so geblieben, was ein kleiner Exkurs verdeutlichen soll: Ein aktuelles Beispiel ist der zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlichte 10. Kinder- und Jugendbericht, der von einer Expertenkommission im Auftrag der Bundesregierung erfolgte. Aufgrund von Aussagen einiger Mitarbeiter der Kommission wurde ein hoher Anteil von Kinderarmut in Deutschland (Ost ca. 22 %, West ca. 12 %) festgestellt. Nachdem dies die Tagespresse aufgriff, betonten die Bundesregierung und das zuständige Ministerium mehrfach, daß es keine Armut in Deutschland gäbe. Zusätzlich wurde die zugrundeliegende Armutsdefinition der EU-Kommission kritisiert und in Frage gestellt (vgl. Frankfurter Rundschau v. 18.7.1998, 1 u. 4).

Zwar werden „Armutsuntersuchungen“ erarbeitet und veröffentlicht; jedoch nicht von der Bundesregierung oder anderen öffentlichen Einrichtungen. Auftraggeber und Herausgeber dieser Studien sind vielmehr freie Träger der Wohlfahrtspflege wie die Caritas oder andere Institutionen mit sozialem Interesse wie der DGB (HÜBINGER 1995).

Fürsorge verlor aufgrund dieser Entwicklung ihren bisherigen Charakter. Sie blieb nicht länger ein Almosen für ohnehin Ausgestoßene, sondern wandelte sich zu einem Instrument der Existenzsicherung für eine relativ breite Bevölkerungsschicht. Ziel der Kriegsfürsorge war „die Erhaltung des Bedürftigen in seiner sozialen Schicht“. Kriegsfürsorge einerseits und die weniger prominente Kriegswohlfahrtspflege, andererseits stellten der Armenpflege erstmals materielle Hilfe aus öffentlichen Geldern zur Verfügung. Ferner gab es erste Vorläufer einer Arbeitslosenversicherung.

Auch auf der organisatorischen Ebene wurden weitreichende Entscheidungen getroffen. Der Nationale Frauendienst, der keine kommunale Einrichtung war, sondern in freier Trägerschaft existierte, übernahm die einheitliche Organisation der Kriegsfürsorge. Aufgabe war die Ordnung der nebeneinander agierenden Hilfseinrichtungen.

Hier bildeten sich weitere Grundstrukturen der späteren kommunalen

Fürsorge heraus: Die Teilung der Sozialen Arbeit in Innen- und Außendienst bei gleichzeitiger Trennung in Ermittlungstätigkeit und Entscheidungsbefugnis. Zudem wurde die geschlechtsspezifische Aufteilung dieser Tätigkeiten festgeschrieben: Männer im Innendienst waren mit Entscheidungsbefugnis versehen, Frauen zur Ermittlung der Bedürftigkeit im Außendienst ohne Entscheidungsbefugnis ausgestattet.

Ohne auf diese Entwicklungen näher eingehen zu können, reicht der Hinweis, daß sich das Verständnis von Sozialer Arbeit nach dem Ersten Weltkrieg wandelte. Die Fürsorge wurde nach dem Krieg nicht in der alten Form restauriert, sondern eine Neuregelung gefordert und beschlossen, Relikte aus dem Armenwesen abzuschaffen. Dies zeigt z.B. der Wegfall der diskriminierenden Folgen für die Bezieher von Sozialleistungen in der Weimarer Republik. Auch die sprachliche Regelung wurde geändert: aus der Armenpflege wurde die Wohlfahrtspflege.

Die in den Jahrzehnten um die Jahrhundertwende angeschobenen Entwicklungen führten langsam, aber beständig zu Prozessen der Ausdifferenzierung. Sowohl auf der Ebene des Reiches als auch auf der der Kommunen entstanden neue Verwaltungseinheiten, die bemüht waren, eine einheitliche Gestaltung der Fürsorge zu erreichen. Einzelne Ämter mit Unterabteilungen begannen sich zu institutionalisieren. In der öffentlichen Fürsorge wurde die bis heute verbindliche Ämterstruktur geschaffen: Wohlfahrtsamt (heute Sozialamt), Jugendamt und Gesundheitsamt. Zudem führte man erstmals Richtsätze ein, deren Gewährung und Höhe im Einzelfall festgestellt werden mußten. Damit war erhöhter Verwaltungsaufwand verbunden. Es begann ein stetig andauernder Ausdifferenzierungsprozeß der Sozialbürokratie, der sich schon im System der Sozialversicherungen zeigte.

Ferner wurde im Jahr 1927 angesichts der permanenten Massenarbeitslosigkeit das „Gesetz über Arbeitslosenversicherung und Arbeitsnachweis“ eingeführt. Die Sozialversicherung wie wir sie heute kennen

- mit Ausnahme der Pflegeversicherung - war damit komplettiert. Auch die Fürsorgegesetzgebung wurde erweitert und modernisiert. Die politische und ökonomische Dauerkrise der Weimarer Republik ließ eine Konsolidierung auf dem angestrebten hohen Niveau nicht zu. Dauernde Massenarbeitslosigkeit sorgte für soziale Spannungen. Die gutgemeinten Reformpläne scheiterten an der harten Realität.

Allmählich begann sich die Profession zu konturieren. Sozialpädagogische Themen wurden fortan nicht allein unter dem Primat sozialpolitischer und ökonomischer Aspekte diskutiert. Überlegungen aus anderen Bereichen eröffneten neue Diskussionsrichtungen. Teilbereiche des komplexen Armuts erhielten neue Aufmerksamkeit. Der Erziehung und pädagogischen Einflußnahme kommt eine größere Bedeutung zu. Somit wird neben der an materieller Hilfe ausgerichteten Wohlfahrt ein zweiter Entwicklungsstrang sichtbar.

Vier große Themen wurden in der Nachkriegszeit verstärkt diskutiert: Erwachsenen- und Arbeiterbildung, Frauenbewegung, Reformpädagogik und Jugendbewegung.

Sozialpolitisch war die Verabschiedung (1922) und Einführung (1924) des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (RJWG) ein wichtiges Ereignis, das für die Soziale Arbeit in den nächsten Jahrzehnten gravierender Bezugspunkt sein sollte. Mit § 1 RJWG wurden erstmals Kinderrechte als schützenswerte Rechtsgüter deklariert und ein Rechtsanspruch geschaffen: „Jedes deutsche Kind hat ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit“. Vorläufer dieser Formulierung fanden sich bereits in Art. 120 der Weimarer Reichsverfassung von 1919. Hier - im RJWG - formulierte man die Rechtsgarantie genauer aus.

Mit dem RJWG wurde erstmals ein umfangreiches Regelwerk zur Jugendhilfe geschaffen. Das RJWG war ein Kompromiß, der von den politischen Parteien unterschiedlich getragen wurde. Ob es sich beim RJWG allerdings um eine „doppelt amputierte Reformruine“ handelte, wie

MÜLLER (1994a, 31) nachdenklich anmerkt, ist eine zwar provokante, aber dennoch interessante These.

Allerdings wurden schon bei der Einführung des Gesetzes aufgrund der andauernden ökonomischen Krise Pflichtaufgaben zu freiwilligen Leistungen heruntergestuft. Die Entwicklung der Jugendhilfe und besonders ihrer zentralen Einrichtung, des Jugendamtes, läßt sich ohne das RJWG nicht erklären. Einige Autoren bezeichnen das RJWG deshalb auch als Jugendamtsgesetz (HASENCLEVER 1978, 83). Die Bedeutsamkeit des RJWG verdeutlicht zudem die Tatsache, daß dieses Gesetz, abgesehen von wenigen Novellierungen und einer Umbenennung in JWG, in seinen Grundzügen bis zur Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im Jahr 1991 gültig blieb.

Neben dem RJWG wurde für den Bereich der Jugendhilfe mit dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) ein weiteres wichtiges Regelwerk in der Weimarer Republik geschaffen. Hier ist der Erziehungsgedanke im Jugendstrafrecht festgeschrieben.

### **2.3.1.2 Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland**

Die Nachkriegsentwicklung war geprägt von den enormen Belastungen und Schäden, die der Zweite Weltkrieg hinterließ. Besonders die Wohnungsnot in den ausgebombten Städten, die hohe Arbeitslosigkeit und die notwendige Versorgung der Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen waren drängende Probleme der Sozialpolitik. Die Reorganisation des Fürsorgesystems, der Gedanke der Rekonstruktion der Familie sowie die Rekonstruktion der arbeitszentrierten Lebensführung standen im Vordergrund. Die „zerstörte Normalität“ (PEUKERT & MÜNCHMEIER 1990, 32 ff.) sollte wieder hergestellt werden.

In der ersten Legislaturperiode der jungen BRD wurde daher eine Reihe von Gesetzen erlassen, die helfen sollten, die Probleme zu bewäl-

tigen. Dabei blieb die ökonomische Ordnung kapitalistisch ausgerichtet, fuhr jedoch unter dem Signum der „sozialen Marktwirtschaft“. Ziel der Sozialpolitik war die Schaffung von Rechtsansprüchen in Form von Versorgungs- und Versicherungsleistungen. Dagegen stand jedoch der Zweifel, ob dies überhaupt zu finanzieren sei. Die Erinnerung an die idealistischen Vorhaben in der Weimarer Republik, an deren Scheitern aufgrund der notorischen Finanzschwäche der Sozialkassen und an das darauffolgende Chaos war noch frisch. Die Erkenntnis, daß Bonn nicht Weimar sei, konnte sich erst allmählich durchsetzen.

Das anhaltende Wirtschaftswachstum in der jungen Republik wurde zur Grundlage einer bis dahin nicht gekannten sozialen Sicherung. In der BRD konnten Ziele erreicht werden, die bereits in der Weimarer Republik anvisiert wurden. Damit konnten gleichzeitig soziale Spannungen vermieden werden, die ihrerseits ein Klima des Vertrauens in die christdemokratische Sozialpolitik der ADENAUER-Regierung entstehen ließ. Ein Indiz dafür waren die Stimmengewinne der CDU, die zur absoluten Mehrheit im Bundestag von 1957 führten, während die SPD auf dem erreichten Niveau stagnierte. Auch das Verbot der KPD im Jahre 1956 wurde von der Bevölkerung relativ gleichgültig aufgenommen.

Der Ausbau der sozialen Sicherung führte ein bereits bekanntes Thema erneut und verstärkt in die Diskussion ein: Da nun ein ausreichendes Maß an Grundsicherung erreicht sei, könne nun die „eigentliche Aufgabe“ der Sozialpädagogik stärker bearbeitet werden. Damit war die stärkere Betonung der erzieherischen Elemente der sozialen Hilfe gemeint. Es wurde ein Wandel von der materiellen zur persönlichen Hilfe gefordert. Zum zentralen Thema der Sozialpolitik avancieren die Jugend und die Familien und die Ausgestaltung der Hilfe. Diese Problematik sollte die fachöffentliche Diskussion in den nächsten Jahrzehnten bestimmen.

„Jugendnot“ war eines der wichtigsten Stichworte in den fünfziger Jahren. Jugendnot resultierte aus der hohen Jugendarbeitslosigkeit und dem

durch die Kriegs- und Nachkriegserfahrungen erschütterten Norm- und Wertverständnis dieser Bevölkerungsgruppe. Die befürchteten Defizite der Sozialisation waren und blieben lange Zeit Thema der Jugendpolitik. Ablesbar ist dies am Charakter der Jugendstudien, die bis zum Beginn der achtziger Jahre sogenannte Integrationsbilanzstudien blieben. Sie untersuchten, inwieweit Jugendliche die Normen und Wertvorstellungen der Gesellschaft akzeptieren und verinnerlichen.

Die bestehenden Probleme sollten durch eine Reintegration der Jugendlichen in Arbeitsleben und Gesellschaft behoben werden. Bereits 1950 wurde der erste Bundesjugendplan verabschiedet, der ein Gesamtvolumen von 17,5 Mio. DM hatte. Ziel war die Förderung der politischen Bildung, der internationalen Jugendbegegnung und der beruflichen Eingliederung arbeitsloser Jugendlicher. Der Ausbau von Jugendpflege und Jugendkulturarbeit begann. Die pädagogischen Angebote in den Freizeitstätten und „überdachten Straßenecken“ sollten die Jugendlichen „von der Straße“ holen, die gemeinhin als Gefahr für eine gelingende Sozialisation galt.

Jugendpolitik und Familienpolitik wurden nicht isoliert gesehen. Vielmehr standen beide Problemkreise unter dem Aspekt einer „Wandlung der Familie in der Gegenwart“ zur Diskussion. Die Familien sollten durch geeignete Maßnahmen (Förderung des familienfreundlichen Wohnungsbaus, Einführung des Kindergeldes usw.) gestärkt werden. Zentrum der politischen Initiativen sollte ein Familienministerium werden, das im zweiten Bundeskabinett (1953) entstand. Damit verbunden war eine Diskussion über Funktion und Aufgaben des Jugendamtes. Von den Fachvertretern wurde ein „Jugendamt neuer Prägung“ gefordert, das vom Charakter der Nothilfe und des Eingriffs befreit werden sollte. Jugendpflege sollte ebenso Bestandteil der Jugendamtsarbeit werden wie die fürsorgerischen Aufgaben. Die erste Novelle des RJWG im Jahre 1953 trug dieser Forderung Rechnung, war aber von der christdemokrati-

schen Interpretation der öffentlichen Aufgaben gekennzeichnet. Hier wurde das Prinzip der Subsidiarität betont. Staatliche Hilfe sollte nach Möglichkeit nur materielle Hilfe sein. Erzieherische Hilfe und Beistand sollte besonders durch die konfessionellen Einrichtungen der freien Träger geleistet werden. Dementgegen stand die sozialdemokratische Position, die Familienpolitik als Instrument zur Herstellung von Gleichheit begriff, für die der Staat zu sorgen hätte.

Erziehungsberatung wurde als Pflichtaufgabe der Jugendämter festgeschrieben. Dennoch etablierten sich die Erziehungsberatungsstellen hauptsächlich in freier Trägerschaft. In relativ kurzer Zeit, vom Anfang der fünfziger bis zum Beginn der sechziger Jahre, wurden die Erziehungsberatungsstellen ein fester Bestandteil der Sozialpädagogischen Arbeit.

Das RJWG war mit der Novelle nicht aus der Diskussion verschwunden; weiterhin wurden Änderungsmöglichkeiten diskutiert. Eine zweite Novelle erfolgte 1961, bei der gleichzeitig der Name des Gesetzes geändert wurde, das nun Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) hieß. Auch diese Neufassung des Jugendhilferechts gab zu Auseinandersetzungen Anlaß. Zentrales Thema war die Einschränkung der Gestaltung der öffentlichen Jugendwohlfahrtspflege, gegen die die Länder Hamburg, Bremen und Hessen Normenkontrollklage erhoben und die Stadt Dortmund Verfassungsbeschwerde einlegte. Streitpunkt war der eingeschränkte Spielraum der öffentlichen Jugendarbeit, die Beschneidung der sozialpädagogischen Handlungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Festlegung auf Ordnungsmaßnahmen. Eine angestrebte „offensive Jugendarbeit“ erschien damit kaum noch möglich. Die Karlsruher Richter erklärten die neuen Regelungen für rechtens und verfassungskonform. Es dauerte bis 1971, bis sich eine Neuregelung fand.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) wurde 1962 vom Bundestag verabschiedet. Das BSHG ist bis heute ein wichtiger Bezugspunkt der Sozialen Arbeit. Es löste die seit der Weimarer Republik gültige Für-



sorgeverordnung ab. Das BSHG war jedoch keine revolutionäre Neuerung, sondern stand weiterhin in der Tradition der Weimarer Vorstellungen wie Hilfe zu leisten sei. Auch hier kontrastierten die politischen Parteien in ihren Positionen. Die Regierungsparteien betonten die Subsidiarität und eine Ablehnung der allumfassenden staatlichen Versorgung. Die sozialdemokratische Position bestand in der Forderung, daß die Angebote und Leistungen sozialer Hilfe möglichst in dafür zuständigen öffentlichen Einrichtungen gebündelt werden sollten.

Auch hier setzte sich die konservative Position letztlich durch. Die Nachrangigkeit der öffentlichen Hilfe wurde festgeschrieben. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1954 bestand ein Rechtsanspruch auf Sozialhilfe. Somit wurde erstmals ein einklagbares Recht auf „menschenwürdige Lebensführung“ garantiert, das unabhängig von den Gründen der Hilfsbedürftigkeit zu begreifen war. „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (BSHG § 1, Abs.2).

Das Verschulden der prekären Lebenssituation wurde erst bei der Rückzahlungspflicht wesentlich. Der Hilfesuchende war jedoch verpflichtet, an der Verbesserung der Situation mitzuwirken, ansonsten bestand die Möglichkeit, die Zuwendungen zu kürzen.

Interessant ist hier die gewandelte Interpretation des Arbeitszwanges. Während in den bisherigen Vorstellungen die Arbeitsverweigerung als schuldhaftes Ausnutzen gesellschaftlicher Hilfe interpretiert wurde, sah man nun ein psychisches Problem seitens des Klienten. Mit der Verweigerung brächte sich der Hilfesuchende nach dieser Sichtweise selbst um ein Stück Lebensqualität. Die Individualisierung des Problems eröffnete die Möglichkeit einer gezielten erzieherischen Beeinflussung, die über reine Bestrafung hinausging. Auch hier zeigte sich das gewandelte Verständnis von einer reinen materiellen Existenzsicherungsfunktion der

Fürsorge zur sozialpädagogisch motivierten Einflußnahme als der „eigentlichen Aufgabe“!

### **2.3.2 Entwicklung der Profession**

Die professionelle Bearbeitung sozialer Probleme, wie sie heute praktiziert wird, hat ihre Wurzeln ebenfalls am Ende des letzten Jahrhunderts. Die Herausbildung der Profession hängt eng mit der Methodenentwicklung Sozialer Arbeit zusammen, anhand derer ich einige Grundlinien der Geschichte der Sozialarbeit aufzeigen werde.

Die in Deutschland angestrebte fachliche Ausbildung unterschied sich von der Tradition in angelsächsischen Ländern. Die britische und amerikanische settlement-Bewegung z.B. arbeitete nach anderen Konzeptionen. Ihre Idee bestand darin, in städtischen Bezirken mit großen sozialen Problemen Anlaufstellen zu schaffen und dort Angebote bereitzustellen, die einen erzieherischen und kulturellen Charakter trugen. Träger dieser Häuser waren u.a. Universitäten. Dadurch konnte die praktische Soziale Arbeit in Verbindung mit wissenschaftlicher Forschung über Ursachen, Erscheinungen und Folgen von Armut und sozialer Not betrieben werden. Es entstand eine enge Verknüpfung der Hochschulbildung mit der beruflichen Praxis. Dies traf auf Deutschland so nicht zu. Gemeinwesenarbeit wurde zwar auch in Deutschland betrieben, dabei fehlte jedoch die organisierte enge Verknüpfung mit einer theoretischen Reflexion.

Verstärkte Bestrebungen, die Soziale Arbeit zu qualifizieren und eine Fachlichkeit anzustreben, finden sich ebenfalls gegen Ende des letzten Jahrhunderts. Dabei rekurrierte man besonders auf die Qualifikationen von bürgerlichen Frauen, die in privaten Einrichtungen tätig waren. Tatsächlich stellten die vielen Wohltätigkeitsvereine ein Betätigungsfeld für Frauen aus dem gehobenen Bürgertum dar, die - trotz steigender Bildungsabschlüsse - sonst kaum ein Aufgabenfeld fanden. Nach damaliger

Lesart ließ sich Soziale Arbeit als „weibliche Kulturleistung“ verstehen. Zwar wurde für die Betätigung in der Wohlfahrt keine formale Qualifikation benötigt, trotzdem entstanden auf Initiative von Frauenvereinen zahlreiche Bildungseinrichtungen zur Schulung von Frauen, die in der Sozialen Arbeit ihr Betätigungsfeld fanden. Diese Einrichtungen waren keine staatlichen Hochschulen oder Fachhochschulen, die mit den Institutionen der heutigen sozialpädagogischen Ausbildung vergleichbar wären, sondern Frauenfachschulen in privater Trägerschaft. Als Vorbild dieser Schulen galten zunächst die Seminare zur Kindergärtnerinnen-ausbildung des PESTALOZZI-FRÖBEL-Hauses in Berlin, das bereits 1873/74 gegründet wurde.

1899 wurde erstmals in Deutschland durch den 1893 in Berlin gegründeten Verein „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit“ ein „Jahreskursus zur beruflichen Ausbildung in der Wohlfahrtspflege“ mit verbindlichen Teilnahmebedingungen eingerichtet.

(ZELLER 1994, 36)

Ich werde diesen Strang sozialpädagogischer Entwicklung nicht detailliert darstellen. Es reicht der Hinweis, daß die Bedeutung der Frauen eine der zentralen Forschungsbereiche innerhalb der historisch orientierten Sozialpädagogik ausmacht (SACHSE 1986; ZELLER 1987; 1994).

Wichtig ist dagegen die Anmerkung, daß hiermit eine Entwicklung angestoßen wurde, die weitreichende Bedeutung für Sozialarbeit hatte. Eine Reihe weiterer Bildungseinrichtungen entstand. Diese bildeten im Zuge ihrer Ausdifferenzierung Orte theoretischer Reflexion der Praxis Sozialer Arbeit. Ziel solcher Schulen war eine Ablösung der Laienhilfe durch eine qualifizierte Fachausbildung.

Ebenfalls am Ende des letzten Jahrhunderts zeigten sich Ansätze zur Gruppenarbeit in der Jugendbewegung. Dabei muß die bürgerliche Jugend von der Arbeiterjugend unterschieden werden. Die Arbeiterjugend formierte sich als Protest gegen die schlechten Arbeits- und Lebensbe-

dingungen, denen sie ausgesetzt war. Proklamiertes Ziel: Die Schaffung zentraler Vereinigungen, die im politischen Kampf die Forderungen der Arbeiterjugend durchsetzen sollten.

Die bürgerliche Jugend hingegen verstand ihren Protest als Ausbruchsversuch aus der Enge der bürgerlichen Welt. Inbegriff der bürgerlichen Jugendbewegung war der „Wandervogel“, der eine Erfahrung von Gemeinschaft versprach und dabei keine Zwangsveranstaltung darstellte. Die Gründung der „Gilde Soziale Arbeit“ (DUDEK 1988) im Jahr 1925 stand mit der Jugendbewegung aus dem Kaiserreich in Verbindung. Ehemalige Teilnehmer der Gruppen schlossen sich nach dem Ersten Weltkrieg zusammen und bildeten ein Forum der fachlichen Diskussion.

Beide Gruppen der Jugendbewegung setzten auf den pädagogischen Einfluß der Gruppe auf das Individuum. Die Erkenntnis, daß *in* der Gruppe *durch* die Gruppe erzogen werden kann, blieb zentraler Ansatzpunkt der Sozialpädagogischen Arbeit. Besondere Bedeutung wurde der Gruppenarbeit in der reformpädagogischen Bewegung, im Nationalsozialismus, in der Jugend- und Studentenbewegung gegen Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre beigemessen sowie in den Selbsthilfegruppen, die etwas später an Bedeutung gewannen. Mit dieser Aufzählung soll jedoch nicht der Eindruck erweckt werden, es handle sich um eine einheitliche Entwicklung. Die Gruppenarbeit in der Hitlerjugend soll nicht als direkter Vorläufer der Jugend- und Studentenbewegung gegen Ende der sechziger Jahre interpretiert werden!

Eine weitere Phase der Verfachlichung kennzeichnete die Entwicklung der Profession nach dem Ersten Weltkrieg. Wandte sich der Preußische Jugendpflegeerlaß von 1911 noch gegen eine „Verschulmeisterung der Jugendpflege“, da diese Arbeit oft von Lehrern übernommen worden war, ließ sich im Zuge der weiteren Entwicklung eine zeitgemäße Differenzierung feststellen.

Eine Untersuchung der öffentlichen Fürsorge nach Einführung der

Ämterstruktur zeigte, daß zunehmend qualifizierte Frauen und Männer in der Sozialen Arbeit tätig waren (vgl. LANDWEHR 1983, 110 ff.). Dies wurde von maßgeblichen Personen nachdrücklich gefordert. FRIEDLÄNDER - einer der Gründer der Arbeiterwohlfahrt und Leiter des Jugendamtes in Berlin-Prenzlauer Berg forderte für den Bereich der Jugendfürsorge „... die in rechter Weise sozial ausgebildeten Persönlichkeiten zur Durchführung dieser Arbeit“ (FRIEDLÄNDER, zit. n. NIEMEYER 1997, 171) und stellte dabei psychologische und pädagogische Kenntnisse in den Vordergrund. Als Diskussionspunkt ergab sich neben der Jugendhilfe die Gestaltung der Familienfürsorge: Sollte weiterhin eine Reihe von Spezialfürsorgern aus verschiedenen Ämtern zusammenarbeiten oder sollte möglichst eine Person für die Gesamtheit der Aufgaben zuständig sein?

Ermöglicht wurde die fachliche Qualifikation durch die Gründung neuer Fachschulen. Hier wurden auch die Grundlagen für eine erste umfangreiche Methodendiskussion gelegt. Angeregt wurde die Methodendiskussion durch die Adaption amerikanischer Fachliteratur zum case-work (der Einzelfallarbeit) durch SALOMON und WRONSKY (vgl. MÜLLER 1994b, 176 ff.).

Mit der Rezeption des case-work wird gleichzeitig die Problematik von Hilfe und Kontrolle diskutiert. Durch die Arbeit am und mit dem Individuum entstand zwangsläufig eine Fallgeschichte und damit die Gefahr der Stigmatisierung. Die Orientierung am Individuum schuf eine weitere Grundlage heutiger Diskussionen. Individuelle Hilfe wird nämlich erst dann gewährt, wenn eine von administrativer Seite definierte problematische Individuallage feststellbar ist.

Mit dem von NOHL und PALLAT im Jahr 1929 herausgegebenen fünften Band des Handbuchs für Pädagogik wurde eine Bestandsaufnahme geleistet. In ihm wurden erste Versuche einer Reflexion sozialpädagogischer Probleme gesammelt und dokumentiert, die Grundlage für die Herausbildung der Disziplin werden sollten. Hier beanspruchte BÄUMER

(1929, 3) für die Sozialpädagogik eine ähnliche Berechtigung in Erziehungsfragen wie sie Schule und Familie zukäme. Diese Forderung schien für die damalige Zeit ungewöhnlich. Diesen Eindruck bestätigen Zahlen, die RAUSCHENBACH (1992a) ermittelte. Er untersuchte das quantitative Verhältnis von Beschäftigten in sozialen Berufen und Lehrern in verschiedenen Zeitabschnitten und gab für das Jahr 1925 ein Verhältnis von 10:1 an, d.h. 10 Lehrern stand ein Beschäftigter in einem sozialen Beruf gegenüber (vgl. 2.4.2).

Mit BÄUMERS Definition war primär der Ort sozialpädagogischer Tätigkeit beschrieben. Gleichzeitig zeigte sich in diesem Anspruch auch eine implizite Definition des Klientels. Die Zielgruppe bestand vornehmlich aus Kindern und Jugendlichen. Damit wurde ein Perspektivenwechsel eingeleitet. Stand bisher noch die Arbeiterfrage im Vordergrund, so wird es jetzt die Jugendfrage, die es zu bearbeiten gilt. Dieser Wechsel der Perspektiven spiegelt sich z.B. in den Arbeiten von NATORP und NOHL wider: Während sich NATORP verstärkt auf die Arbeiter konzentrierte, widmete sich NOHL in zahlreichen Arbeiten der Jugend und ihren Problemen.

Diesen Wandel im Verständnis zeigte auch die sozialpolitische Entwicklung seit dem Kaiserreich. Zunächst lag bei der Bearbeitung sozialer Not der Schwerpunkt auf der Fürsorge, die durch die Vorläufer des Sozialamtes geleistet werden sollte. Die Weimarer Zeit war deutlicher geprägt von den Debatten über die Konzeption und Aufgabenstellung des neu zu schaffenden Jugendamtes.<sup>1</sup>

In den fünfziger Jahren wurde eine neue Methodendiskussion angeregt. Wieder wurden Methoden zur Einzelfallarbeit (social case work),

---

<sup>1</sup> Interessant ist die zeitliche Aufeinanderfolge der Herausbildung der verschiedenen Ämter und deren Verknüpfung mit den jeweiligen Schwerpunkten der staatlichen Sozialarbeit. Im Kaiserreich stand die Fürsorge im Vordergrund und das Wohlfahrtsamt bildete sich heraus; in der Weimarer Republik wurde die Jugendarbeit und -wohlfahrtsgesetzgebung betont und das Jugendamt entstand. Im Nationalsozialismus herrschte ein biologistisches Weltbild vor und das Gesundheitsamt wurde stärker konturiert.

Gruppenarbeit (social group work) und Gemeinwesenarbeit (community organisation) aus den USA importiert. Ermöglicht wurde dies durch ein umfangreiches Austauschprogramm, das deutschen Sozialarbeitern ermöglichte, die Soziale Arbeit in den USA kennenzulernen (MÜLLER 1992, 42 ff.). Die Umsetzung der Methoden und deren Anwendung auf die deutschen Verhältnisse stellten ein wichtiges Thema der Diskussion. Gleichzeitig begann die Auseinandersetzung über die „eentlichen Aufgaben“ (s.o.), die die Methodendiskussion verstärkte.

„Intervention“ und „Prävention“ erwiesen sich im weiteren Verlauf als die wichtigsten Stichworte. Eine Optimierung der Bedingungen durch professionelle Erzieher war damit unmittelbar verbunden. Dies verweist gleichzeitig auf das Desiderat einer adäquaten Ausbildung, die durch die Einführung der akademischen Studiengänge auf ein neues Niveau gefahren wurde (s.u.).

## **2.4 Einführung der akademischen Ausbildung**

### **2.4.1 Rahmenbedingungen**

Das Feld Sozialer Arbeit erfuhr durch die von der neuen sozialliberalen Bundesregierung initiierten Bildungsreform und durch den Ausbau des Sozialstaates tiefgreifende quantitative und qualitative Veränderungen. Gegen Ende der sechziger Jahre veränderte sich das gesellschaftspolitische Verständnis. Ein anderes Klima bestimmte die Diskussion. Die Gesellschaft schien in Bewegung zu geraten, was sich u.a. in den verschiedenen politisierten Gruppen - Studentenbewegung, Jugendzentrumsbewegung, Heimerziehungsbewegung usw. - ausdrückte.

Prägend war ein sich wandelndes Wissenschaftsverständnis in der Pädagogik. Die von ROTH (1962) propagierte „realistische Wendung“ bezeichnet diesen Wandel.

Die Ursachen zur Konzeption und Einführung des Studiums der Sozialpädagogik waren - so wurde bereits 1974 von AUERNHEIMER (1974, 47) kritisch festgestellt - u.a. in Status- und Entwicklungsproblemen der Erziehungswissenschaft begründet. Auf der Seite der Studienanfänger war die Motivation bestimmend, mittels Erziehung gesellschaftliche Strukturen zu verändern. Dies war ein Ausdruck des Studentenprotestes und zugleich der Rezeption optimistischer sozialwissenschaftlicher Ansätze. Außerdem ließen entsprechende Prognosen einen Bedarf an professionellen Sozialpädagogen erwarten.

Durch die Einführung der akademischen Ausbildung erreichte die Disziplin Sozialpädagogik ein neues Niveau. Losgelöst von der Sozialen Arbeit mit ihrem spezifischen Klientel, in konkreten Arbeitsfeldern, mit differenzierten Methoden usw. wurde die Sozialpädagogik an sozialwissenschaftlichen Diskursen beteiligt; eigene wurden produziert.

Es fand ein Verberuflichungs- und Verfachlichungsschub statt, der eng an die Einführung der akademischen Ausbildungsgänge gebunden war. Mit einer dermaßen angeschobenen Entwicklung waren Hoffnungen verbunden, die Gesellschaft durch Erziehung zu verändern und so für eine größere soziale Gerechtigkeit zu sorgen.

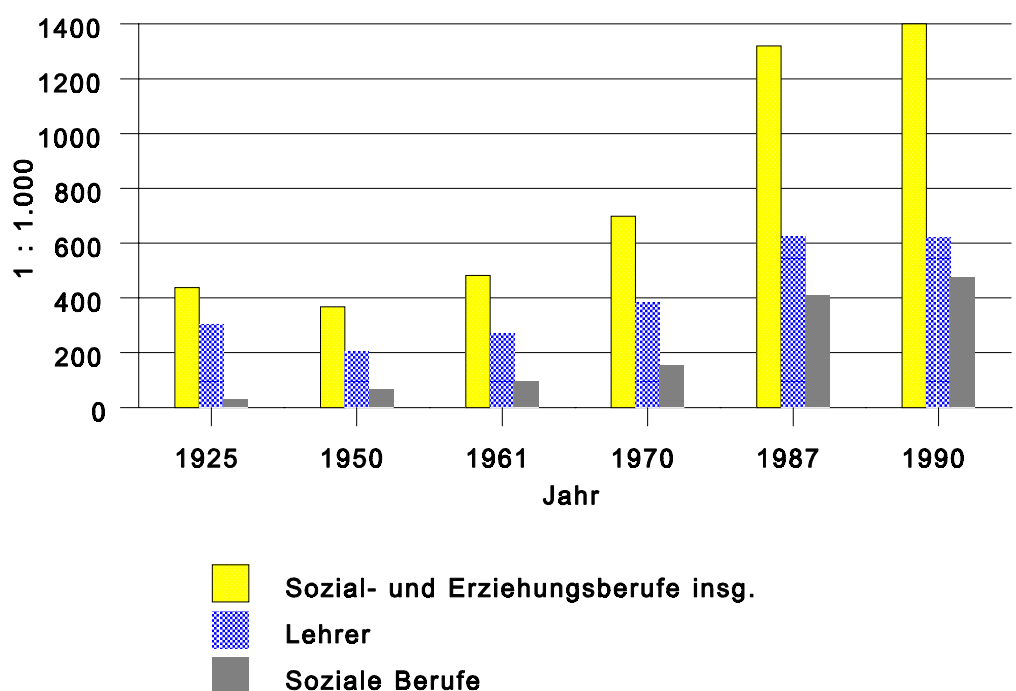
Der Anteil von ehrenamtlichen und nicht-berufsadäquat ausgebildeten Beschäftigten sank, gleichzeitig stieg die Anzahl von Personen mit entsprechenden fachlichen Qualifikationen stark an. Der steigende Anteil von Hochschulabsolventen führte zu einer Akademisierung und weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit.

#### **2.4.2 Verfachlichung und Akademisierung**

Mit der Einführung der akademischen Ausbildung von Sozialpädagogen im Jahre 1969 (KMK 1969) setzte eine stürmische Entwicklung ein,



die von den Initiatoren in dieser Form nicht vorhergesehen wurde. Waren im Sommersemester 1970 weniger als 1.000 Studenten an den bundesdeutschen Hochschulen für den neuen Studiengang eingeschrieben, so waren es im Wintersemester 1972/73 bereits über 7.000. Mitte der 70er Jahre gab es bereits 30.000 eingeschriebene Studenten, eine Entwicklung, die sich bis heute auf diesem Niveau hält und dafür sorgt, daß jährlich um 5.000 Absolventen die Hochschulen verlassen. Von einer bundesweiten Einheitlichkeit des Studiums zu sprechen, wäre jedoch falsch.



**Abbildung 1: Personalstruktur in sozialen Berufen. Eigene Darstellung; n. RAUSCHENBACH 1992a**

Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang die bereits erwähnte Untersuchung von RAUSCHENBACH (1992a), der die Veränderungen in der Personalstruktur innerhalb sozialer Berufe untersuchte. Abbildung 1 zeigt auszugsweise einige Ergebnisse. Er kommt anhand seiner Befunde zu dem Ergebnis, daß „... die Annahme einer Zäsur innerhalb der Zeitrechnung der Erziehungswissenschaft um 1970 in die Zeit davor und danach als sinnvoll erscheinen läßt“ (ebd., 387).

So sind z.B. Veränderungen im zahlenmäßigen Verhältnis zwischen Lehrern und Erwerbstätigen in anderen sozialen Berufen mit der fortschreitenden Ausdifferenzierung des Arbeitsfeldes Sozialpädagogik zu beobachten. Das bekannte Zahlenverhältnis von 10:1 verschob sich bis auf 10:4 in den siebziger Jahren und befindet sich heute vermutlich sogar bei 10:8. THIERSCHS (1992) These vom „sozialpädagogischen Jahrhundert“ wird vor diesem Hintergrund sehr plausibel, auch wenn er weniger die rein quantitative Entwicklung vor Augen hatte und auf die stetig stärker werdende qualitative Bedeutung verwies, die die Sozialpädagogik erhielt.

Neben diesen Veränderungen auf dem Gebiet des professionellen Sozialen Handelns stieg auch die Anzahl der Beschäftigten in der Sozialen Arbeit seit Beginn der siebziger Jahre an. Zum Beginn der neunziger Jahre beschäftigen die fünf großen Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonisches Werk, Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband [DPWV] und Deutsches Rotes Kreuz [DRK]) ca. 750.000 hauptamtliche Mitarbeiter und dies mit einer steigenden Tendenz. Damit sind hier mehr Personen tätig als in den Betrieben der deutschen Automobilindustrie (RAUSCHENBACH 1991, 8), deren Beschäftigungszahlen eher rückläufig sind.

Wenn wir die quantitative Entwicklung der Erwerbstätigenquote in sozialpädagogischen Berufen anschauen, so nimmt diese seit Gründung der Bundesrepublik - berechnet nach den Zuwachsraten im gesamten Zeitraum - Platz eins der sogenannten „Zukunftsberufe“ ein.

(Ebd.)

Zwar wurden finanzielle Kürzungen im Rahmen der Sozialen Arbeit in Zeiten wirtschaftlicher Rezession vorgenommen. Dabei wurde jedoch nie unter das Niveau der vormaligen Rezession heruntergekürzt. Soziale Arbeit ist damit ein ständig boomender Bereich, der ohne Stagnation durch Wirtschafts- und Sozialkrisen anwächst. Dies ist durchaus er-

staunlich, da sich die Ausbildungsbedingungen an den Hochschulen und Fachhochschulen seit dem Ende der Bildungsreform eher verschlechtert als verbessert haben. Das außerschulische Erziehungs- und Sozialwesen dagegen expandierte.

### **2.4.3 Folgen für die Disziplin und Profession**

#### **2.4.3.1 Etablierung in den Hochschulen**

Die „eigentliche“ wissenschaftliche Sozialpädagogik - wie ich sie hier begreifen will - begann sich mit der Einführung der akademischen Diplomstudiengänge zu institutionalisieren. Der Zeitraum der Institutionalisierung umfaßt nach diesem Verständnis die letzten dreißig Jahre. Mir ist bewußt, daß die Geschichte der wissenschaftlichen Disziplin Sozialpädagogik nicht erst mit der Einführung der Diplomstudiengänge beginnt. Ein Blick in frühere Abschnitte der Entwicklung der Sozialpädagogik zeigt, daß die Personen, die als „Klassiker“ bezeichnet werden können, eher dünn gesät und zudem nicht unumstritten sind. NATORP und NOHL werden gerne als Väter der wissenschaftlichen Sozialpädagogik bezeichnet. Ob die beide Autoren dem zustimmen würden, kann nicht mehr geklärt werden. Beide - NATORP und NOHL - werden auch von anderen Teildisziplinen z.B. von der Schulpädagogik und Allgemeinen Pädagogik als Klassiker rezipiert. BÄUMER wird gern als Autorin zitiert, die den Ort sozialpädagogischen Handelns definierte und einen programmatischen Beitrag im fünften Band des „Handbuchs der Pädagogik“ von NOHL und PALLAT (1929) schrieb. Sollte sie deshalb als eine Vertreterin der wissenschaftlichen Sozialpädagogik gelten? Sie kam aus der Jugendwohlfahrtspflege, arbeitete maßgeblich am RJWG mit und verstand sich vermutlich wohl eher der neu entstehenden Profession verpflichtet. SALOMON und WRONSKY sind Personen, die maßgeblich an der Methodenentwicklung mitarbeiteten, aber wohl nicht als klassische Vertreterinnen der wissenschaftlichen Sozialpädagogik gelten.

Sind aber die Professoren der ersten Generation, also jene, die am Ende der sechziger Jahre und zu Beginn der siebziger Jahre einen Ruf für eine Sozialpädagogikprofessur erhielten, auch die ersten Vertreter der akademischen Sozialpädagogik? Vermutlich nur zum Teil. Ich weiß z.B. nicht genau, ob RÖSSNER, bei dem ich in Braunschweig studierte, aus der sozialpädagogischen Tradition der prä-akademischen Zeit entstammt. Er hat sich zwar intensiv mit Jugendarbeit beschäftigt, bevor er den sozialpädagogischen Studiengang Sozialarbeitswissenschaft in Braunschweig prägte, war aber gemäß seiner Ausbildung Psychologe und damit kein genuiner Sozialpädagoge.

Die Besetzung der Professuren der sich schnell vermehrenden Standorte mit Personen, die keine disziplinspezifische wissenschaftliche Ausbildung hatten, war in den frühen siebziger Jahren sicher keine Ausnahme, eher die Regel, womit vielleicht auch zu erklären ist, daß die Sozialpädagogik in dieser Zeit kein trennscharfes Profil gegenüber den Nachbardisziplinen ausbildete. In den siebziger Jahren entstand zwar eine breite Diskussion über verschiedene sozialpädagogisch relevante Themen, die jedoch oft mit der Rezeption der Ansätze aus den Nachbardisziplinen beschäftigt war.

#### **2.4.3.2 Thematische Trends der Sozialpädagogik**

Andererseits werden von verschiedenen Personen sozialpädagogische Diskurse geführt und unterschiedliche Themen erörtert. Mit dem Beginn der siebziger Jahre entstanden im sozialliberalen Reformklima Themen, die eine qualitativ neue Ausrichtung hatten. Alte Sicherheiten und Selbstverständlichkeiten wurden in Frage gestellt. Sozialpädagogik erweiterte sich explizit um eine politische Dimension. Forderungen nach Emanzipation der Bürger und Chancengleichheit in der Gesellschaft traten in den Vordergrund. Dabei wurden marxistische Ansätze rezipiert und nach der Funktion der Sozialpädagogik im Spätkapitalismus gefragt (HOLLSTEIN

& MEINHOLD 1973). Die Rezeption der labeling-Ansätze und deren Untersuchung in der Praxis Sozialer Arbeit (BRUSTEN & MÜLLER 1972) nahm einen breiten Raum ein. Die Problematik des doppelten Mandats der Sozialpädagogik zwischen Hilfe und Kontrolle wurde zu einem Dauerthema der frühen siebziger Jahre. Im Mittelpunkt standen Heimerziehung, Gemeinwesenarbeit und anfangs auch die Konfrontation von Sozialarbeit und Schule. Sozialpädagogik schrieb sich selbst eine anwaltschaftliche Position für den Klienten zu. Damit verbunden waren Überlegungen zu einer Professionalisierung der Sozialarbeit (OTTO & UTERMANN 1971).

Die weit gesteckten Erwartungen, deren Ziel die Änderung der repressiven gesellschaftlichen Strukturen durch Erziehung war, wurden jedoch nicht in der erwarteten Art erreicht, wenngleich sich auch eine ganze Reihe von gesellschaftlichen Auswirkungen durch das sozialpädagogische Engagement und die sozialpolitischen Reformbemühungen zeigten (vgl. MÜLLER 1995, 38 ff.).

Mitte der siebziger bis Ende der siebziger Jahre wurden technologische Ansätze (ALISCH & RÖSSNER 1978) formuliert. Ziel dieser Ansätze war die Fundierung der Sozialarbeit als Wissenschaft durch Rezeption vorhandener erkenntnistheoretischer Konzepte - in diesem Fall durch den Kritischen Rationalismus. Dabei wurden allerdings nicht die in der Wissenschaftstheorie aufgeworfene Kritik von KUHN (1973) und die Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Sinne von LAKATOS (1974) für die Erziehungswissenschaft problematisiert. Andererseits und dies scheint der entscheidende Verdienst solcher rationalistischen Ansätze zu sein, sollte durch die wissenschaftliche Fundierung eine Abgrenzung und Loslösung von sozialromantischen Verklärungen erfolgen.

Ende der siebziger Jahre schien die Sozialpädagogik an mehreren Stellen in Bedrängnis zu geraten. Es wurde klar, daß die kaum 10 Jahre alten Reformbestrebungen nicht die erhofften Erfolge zeitigten. Eine neue

Reformperspektive schien kaum in Sicht. Mit der ständigen Beschneidung der Ressourcen wurde auch das utopische Potential kleiner.

Mit der stetig steigenden Bedeutung der Selbsthilfebewegung wurde auch auf Seiten des Klientel Zweifel und Kritik formuliert. Kritische Positionen die eine „Expertenherrschaft“ oder „Entmündigung durch Experten“ anklagten, wurden vernehmbar. Vertreter dieser Kritik waren ILLICH (1979) oder einzelne Vertreter der Selbsthilfebewegung, die keine Sozialpädagogen waren. Die „Alltagsorientierung“ und damit die stärkere Orientierung am Individuum wurde zum theoriegeleiteten Weg, auf dem sich die Sozialpädagogik trotz anfänglicher Kritik an die Seite der Selbsthilfebewegung stellen konnte (vgl. 9.2).

Die Alltagsorientierung eröffnete neue Wege und glich einem Paradigmenwechsel. Es schien zu einem veränderten Verständnis der Beziehung von Gesellschaft und Individuum zu kommen.

In dieser Zeit entstanden die ersten Jugendstudien neuen Typs. Gegenstand waren nicht länger allein die sozialstrukturellen Gegebenheiten und gesellschaftlich bedingten Ursachen für sozialpädagogisch relevante Probleme, die in den Integrationsbilanzstudien abgearbeitet wurden. Die Lebenswelt, der individuelle Umgang mit Problemen, die Gestaltung der eigenen Möglichkeiten und informelle Netzwerke wurden für die Sozialpädagogik wichtig. Zeitgleich fand eine erneute Diskussion bezüglich qualitativer Forschungsmethoden statt, die eine stärkere Orientierung am Subjekt, seiner Befindlichkeit und Interpretation der Lebensumstände hatten (vgl. 5.1).

Für die Absolventen hieß diese zunehmende Orientierung auf individuelle Faktoren des Klienten, daß die bisherige Ausbildung nun nicht mehr ausreichen konnte. Für die professionellen Sozialpädagogen wurden Zusatzqualifikation auf dem Gebiet der Psychotherapie notwendig. Die akademische Sozialpädagogik mußte sich diesem Problem stellen; entwickelte jedoch keine eigenen Modelle. Hier hätte der Ansatz von

RÖSSNER (1973) eine entscheidende Bedeutung erlangen können. Dieser verstand die Methoden der Erziehung als eine Integration verschiedener Technologien aus unterschiedlichen Disziplinen und Denkansätzen: Erziehen sei eine „Stückwerktechnologie“ (ebd.). Dies scheint eine plausible Erklärung zu sein, wenn man die Praxis der Ausbildung von Sozialpädagogen und die Notwendigkeit der Zusatzqualifikationen betrachtet.

Der Bedarf an zusätzlichen Qualifikationen hatte mindestens zweierlei zur Folge: Erstens verschwammen zusehends die Grenzen von Sozialer Arbeit und Psychotherapie. Dies erschwerte eine Identifikation mit dem Beruf. Da die Studieninhalte oft als nicht ausreichend erlebt werden, entstand leicht der Eindruck, „das Falsche“ studiert zu haben. Zweitens kam es besonders in den letzten Jahren zu einem Anstieg von Angeboten zur weiteren Qualifikation von privaten Anbietern mit kommerziellen Interessen. Darauf reagierten einzelne Hochschulen mit Weiterbildungsangeboten und Aufbau- und Ergänzungstudiengängen, die in ihrer Vielzahl kaum noch zu überblicken sind (GRODDECK 1994, 29 f.). Zudem sind die Hochschulen zu schwerfällig, um die Marktanforderungen zu befriedigen. Die trotzdem entstandenen - schnell konzipierten - Studiengänge brachten und bringen Absolventen hervor, die kaum höhere Einstellungschancen besitzen.

*Exkurs:* Begleitet wurde dieser innerdisziplinäre Umorientierungsprozess von den Folgen des Bonner Regierungswechsels im Jahr 1982, damals noch als „geistig-moralische Wende“ bezeichnet. Auch in der folgenden neoliberalistischen Sozialpolitik wurde die Bedeutung individuellen Handelns betont und dem Bürger eine höhere Eigenverantwortlichkeit zugeschrieben. Die Selbstverantwortung und die Annahme, daß der einzelne sein Leben optimal gestalten müsse und auch könne, formte den vorherrschenden Zeitgeist. Für den Gesundheitsbereich ist das Gesundheitsstrukturgesetz in diesem Zusammenhang ein gutes Beispiel. Mehr Eigenverantwortlichkeit bedeutet erhöhte Zuzahlung bei Heil- und Arzneimitteln; Zuschüsse zum Zahnersatz werden von regelmäßigen Besuchen beim

Zahnarzt abhängig gemacht. Erweitert wird diese Diskussion, wenn erwogen wird, daß Raucher, Übergewichtige, Extremsportler usw. höhere Krankenkassenbeiträge zu entrichten hätten. Interessenverbände hingegen beklagen die Gefahr der Entsolidarisierung und des Zusammenbruches der Solidarsysteme.

Diese Betonung des eigenverantwortlichen Handelns bedeutet eine veränderte Interpretation der sozialen Wirklichkeit. Marxistisch ausgerichtete Ansätze sahen das Individuum stärker in das kapitalistische System eingebunden. Individuelles Verhalten - auch Risikoverhalten, das zu einer Erkrankung führt - wird auch als Resultat der Gesellschaftsform, die Entfremdung fördert, begriffen. Diese Problemsicht wird abgelöst. Theoretische Fundierung erhält die gewandelte Gesellschaftsbetrachtung durch das Konzept der „Risikogesellschaft“. Solches führte gegen Ende der achtziger Jahre in der Sozialpädagogik zu einer Neudefinition des Klientels. Sozialpädagogik sollte zu einem Bestandteil „ganz normaler Erziehung“ (WINKLER 1992, 72) werden. Das „alte Klientel“ geriet allmählich in Vergessenheit, das „neue Klientel“ schien aus dem ganz normalen Bürger zu bestehen, der im Zeitalter der Individualisierung zeitweise Beratung benötigt.

Bei der Betrachtung der ausgehenden achtziger Jahre fällt es etwas schwer, einen ähnlich programmatischen Begriff zu finden, der indexikalisch auf ein Kernthema verweist. Möglicherweise gibt es auch *das* Kernthema der letzten 10 - 15 Jahre gar nicht. Dies mag am allmählich abgeschlossenen Institutionalisierungsprozeß der akademischen Sozialpädagogik liegen, der mit einer Ausdifferenzierung einherging.

Zusätzlich machte sich die mangelnde Nachwuchsförderung bemerkbar. Damit ging die Chance verloren, neue Ansätze zu erproben oder alte weiterzuentwickeln, neue Reibungspunkte zu entdecken und einen neuen kritischen Dialog zu pflegen.

Sozialpädagogik richtete sich zunehmend unpolitisch aus. Die sozialpolitischen Entwicklungen und die massiven Einschnitte in die Sozialtats



wurden kaum vernehmbar kritisiert. Vielmehr standen die marktwirtschaftliche Neugestaltung der Jugendhilfe im Zentrum und neue Steuerungsmodelle aus dem new-public-management gerieten stärker in das Interesse. Einen Konsens, wie darüber zu befinden sei, gab es in der Sozialpädagogik bisher nicht.

Seit Beginn der neunziger Jahre beschäftigte sich die Disziplin zunehmend mit sich selbst. Es geht um die „Identität“ der Sozialpädagogik und ihre mögliche Krise, um Moral, um ihre Geschichte, um das „sozialpädagogische Jahrhundert“ (THIERSCH 1992) und die gewonnene quantitative und qualitative Bedeutung (RAUSCHENBACH 1992a).

## **2.5 Krise der Sozialpädagogik?**

Wie stellt sich die Sozialpädagogik heute dar? Die Arbeitsfelder des Systems Soziale Arbeit haben sich stark ausdifferenziert und sind heute kaum noch zu überblicken. Einige Autoren bemühen sich um eine Systematisierung, die sich als schwierig erweist und oft zu einer Formulierung eines Aufgabenkataloges führt. Versuche unterbleiben dennoch nicht. Dabei werden Aufgaben für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen erstellt (DEUTSCHER VEREIN 1980, 672 f.) oder grobe Systematiken für Tätigkeitsbereiche und Einrichtungen aufgezeigt (ERLER 1993, 21f.). KREFT & LUKAS (1993) stellen in der folgenden Zeittafel die Institutionalisierung neuer Angebote der Jugendhilfe dar. Es wird deutlich, daß in den unterschiedlichen Perioden verschiedene Schwerpunkte gelten, weshalb die Autoren auch von einem Perspektivenwandel der Jugendhilfe sprechen.

Neue Tätigkeitsfelder kommen ständig hinzu. Sogar innerhalb eines Tätigkeitsfeldes lassen sich Entwicklungsprozesse ausmachen. Hier im Rahmen der Wohnhilfen für Jugendliche.

Zeitraum	Angebote
Ende der sechziger Jahre	Selbstorganisierte Kinderbetreuungseinrichtungen Sozialpädagogische Familienhilfe Mobile Jugendarbeit Schulsozialarbeit Sozio-kulturelle Arbeit * Wohnhilfen (hier: Jugendwohnkollektive als Alternative und zur Erweiterung von Heimerziehung)
Anfang der siebziger Jahre	Drogenhilfe Jugendberatung Jugendhilfeplanung Mädchenarbeit streetwork Angebote für Ausreißer und Trebegänger
Mitte der siebziger Jahre	Kinderschutz-Zentren Schuldnerberatung Erziehungshilfen im Wandel Jugendhelfer Frauenhäuser * Wohnhilfen (hier: in Verbindung mit außerbetrieblichen Berufsbildungsangeboten, z.T. im Rahmen von Heimerziehung, von Erziehungshilfe, bzw. Jugendsozialarbeit, z.T. als eigene Maßnahme)
Ende der siebziger Jahre	Diversion im Rahmen des Jugendgerichtsgesetzes Jugendhilfe: Ausbildung und Beschäftigung Ökologische Stadterneuerung
Anfang der achtziger Jahre	Bauen/Wohnen und Soziale Arbeit Projektberatung im Rahmen von Berufsausbildung und Beschäftigung Beratung von Selbsthilfegruppen Mütterzentren * Wohnhilfen (hier: in Zusammenhang mit der „neuen Wohnungsnot“ und der daraus entstandenen Hausbesetzerbewegung)
* An diesem Beispiel wird der Prozeß der Entwicklung <i>innerhalb</i> eines Handlungsfeldes angedeutet.	

**Tabelle 1:** Perspektivenwandel der Jugendhilfe. Aus: KREFT & LUKAS 1993, Bd.1, 26

Es haben sich jedoch nicht nur die Handlungs- und Tätigkeitsfelder im Rahmen der Profession verändert. Auch das Verhältnis von Theorie und

Praxis wird neu gesehen und anders als in den Zeiten der Bildungsreform interpretiert. Die Notwendigkeit und Form der Ausbildung des wissenschaftlichen Praktikers gerät unter erheblichen Druck und ist einer Revision unterzogen (LÜDERS 1987).

Die Titel von Veröffentlichungen der letzten Jahre lassen vermuten, daß sich die Sozialpädagogik in einer als Krise erlebten Situation befindet: Es scheint, als sei die "Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft" (BÖLLERT & OTTO 1989), was einen "Paradigmenwechsel in der Sozialpädagogik" (VAHSEN 1992) notwendig erscheinen läßt. Ferner werden "Zeit-Zeichen Sozialer Arbeit" (OTTO, HIRSCHAUER & THIERSCH 1992) aufgedeckt und auf die Probleme der "Sozialen Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft" (RAUSCHENBACH & GÄNGLER 1992) aufmerksam gemacht.

Zudem ist bemerkbar, daß äußere Faktoren im Handlungsfeld Sozialer Arbeit zunehmend spürbar zu Tage treten: Konnte die Profession in den letzten Jahrzehnten ihre Standards und Methoden noch relativ selbständig definieren, greift nun eine stärkere Fremdbestimmung. Etwa die Forderung einer stärkeren Marktorientierung und einer Implementation von Steuerungsmodellen aus der Betriebswirtschaft sind als Beispiele dafür zu nennen.

Die Sozialpädagogik - so scheint es - beschäftigt sich zusehends mehr mit sich selbst und formuliert Desiderate. Es werden Klassiker gesucht, auf die sich die sozialpädagogische Theoriebildung beziehen könnte. Die bereits erwähnte Forderung nach einer Historischen Sozialpädagogik (BÖHNISCH, NIEMEYER & SCHRÖER 1997) steht damit in Verbindung.

Es wird zudem deutlich, daß es trotz einiger Versuche (RÖSSNER 1973; WINKLER 1988) keine eindeutige Theorie der Sozialpädagogik zu geben scheint, die einen gesellschaftstheoretischen Bezugsrahmen hätte. Dies hat Auswirkungen auf das Verständnis sozialpädagogischer Praxisprobleme und deren theoretische Reflexion. Die fachöffentliche Diskussion

bleibt daher in den Ansätzen stecken und wird als unbefriedigend erlebt.

Die Überlegungen von GRODDECK (1994, 35 ff.) zur „Qualifizierungsfalle“ haben einen ähnlichen Ansatzpunkt. GRODDECK (ebd.) stellt dar, daß die Identifikation mit dem Studium mangelhaft bleibe und eine Identitätsfindung als Sozialpädagoge erst nach dem Studium in der Arbeit im Praxisfeld stattfände. Dies geschähe oft, nachdem eine Reihe von notwendigen Zusatzausbildungen absolviert wurde, die ihre Wurzeln in der Psychotherapie haben. Das Band zwischen Profession und Disziplin werde zunehmend dünner, zumal auch die sozialpädagogische Methoden-Trias (Einzelfall-, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit) im Zuge der Entwicklung zerbreche bzw. kaum noch in der klassischen Form erkennbar sei.

Der sozialpädagogische Diskurs ist dennoch vorhanden und läuft mittels verschiedener Medien und in verschiedenen Foren. Wenn es jedoch kein genuin sozialpädagogisches Modell zur Klärung der gesellschaftlichen Entwicklungen gibt, bleibt die Frage, was an diese Stelle tritt. Ein theoretisches Konzept, an dem sich die Sozialpädagogik in den letzten Jahren orientierte, ist das der Risikogesellschaft. Diese These werde ich im nächsten Abschnitt genauer darlegen und überprüfen.

### **3 Die Risikogesellschaft im sozialpädagogischen Diskurs**

Der Begriff „gesellschaftlicher Wandel“ steht für die prozeßhafte Entwicklung der sozialen Strukturen, in denen Menschen leben. Gesellschaft ist deshalb nicht als starres Gebilde zu denken, vielmehr gibt es immer wieder neue Impulse und Ereignisse, die einen gesellschaftlichen Wandel bewirken und befördern. Zur Beschreibung der gegenwärtigen Gesellschaft werden verschiedene Begriffe benutzt. So wird u.a. von einer „Informationsgesellschaft“ (BOTTE 1996; EICKE 1997), von einer „Mediengesellschaft“ (ZEILER 1989; HOFFMANN-RIEM 1997), von einer „Freizeitgesellschaft“ (HEIMKEN 1989; FRANCK 1995) oder „Konsumgesellschaft“ (SYNOWZIK 1990; SCHMIDBAUER 1996) usw. gesprochen. Diese Bezeichnungen kommen eher Schlagworten gleich, die wenig differenziert in Gebrauch sind und primär von ihrer assoziativen Wirkung leben.

Neben diesen Beschreibungen gibt es eine Reihe anderer Bezeichnungen, die als Signaturen für die gegenwärtige Gesellschaft Verwendung finden. Diese werden von verschiedenen Autoren zumindest ansatzweise theoretisch fundiert und konzeptionell ausgearbeitet. Beispielhaft dafür stehen die „Erlebnisgesellschaft“ (SCHULZE 1992) oder verschiedene Überlegungen zur Postmoderne (vgl. LYOTARD 1986; WELSCH 1987). Es handelt sich nicht unbedingt um Schlagworte, die weitgehend beliebig benutzt werden könnten. Diese Begriffe sind Bezugspunkte ernsthafter Diskussionen, da sie mit Definitions- und Erklärungsversuchen verbunden sind, die den Vorteil haben, daß die assoziative Beliebigkeit eine eingeschränkte ist: Die Diskursteilnehmer sollen sich - zumindest ansatzweise - darüber einigen, was den Gegenstand ihrer Überlegungen ausmacht.

BECK veröffentlichte im Jahre 1986 sein Buch mit dem Titel „Risikogesellschaft“. In dem darin entfalteten Konzept stellt BECK Überlegungen bezüglich der möglichen Folgen des technologischen Fortschritts

an. BECK bleibt jedoch nicht bei der Schilderung potentiell katastrophaler Gegenwartsphänomene; am jeweiligen Ende der drei Teile seiner Darlegung versucht er die Entwicklung von Zukunftsszenarien, die mögliche Auswege sein könnten.

Ausgangspunkt im ersten Teil seiner Veröffentlichung ist der Zustand der modernen Gesellschaft, die sich seiner Meinung nach auf einem „zivilisatorischen Vulkan“ befindet: Angesichts der Gegenwartsprobleme, die aus der atomaren Bedrohung, der Gentechnik, dem Ozonloch usw. folgen, werden klassische Fragen der Soziologie in den Hintergrund gedrängt; so gerät der soziale Status einer Person zu einer Nebensächlichkeit, wenn durch die technischen Entwicklungen ein globales Bedrohungspotential aufgebaut wird. Diesem sollte die Soziologie verstärkt Beachtung schenken. Solches Potential ist, gemessen an den früheren Gefährdungen, unvergleichbar hoch; erstmals besitzt die Menschheit die zweifelhafte Möglichkeit, den gesamten Planeten unbewohnbar zu machen. BECK versucht zunächst eine idealtypische Unterscheidung in Industriegesellschaft und Risikogesellschaft. Geht es in der ersteren um eine Verteilung von Reichtum, zeichnet sich die zweite durch den Umgang mit Risiken aus; Risiken, denen prinzipiell jeder Mensch ausgesetzt ist, denen sich niemand entziehen kann: „Not ist hierarchisch, Smog ist demokratisch“ (ebd., 48). Der Autor vertritt jedoch die Meinung, daß das Zeitalter der Industriegesellschaft noch nicht vollkommen überwunden wurde. Vielmehr leben wir - in der BRD des ausgehenden 20. Jahrhunderts - in einer Moderne, die sowohl Aspekte der Industrie- als auch der Risikogesellschaft aufweist; denn auch in der Risikogesellschaft gibt es arme und reiche Menschen, sind Probleme der Ressourcenverteilung auf der Tagesordnung: Es gibt klassenspezifische Risiken! Diese ungleiche Verteilung führt dazu, daß auch die Chancen und Risiken ungleich verteilt sind. Wer es sich leisten kann, entflieht dem Bedrohungspoten-

tial durch gesündere (und damit teurere) Ernährung, durch Wohnen in einer weniger belasteten Umwelt, in der die Miet- und Bodenpreise jedoch höher liegen usw. Eine vollständige Flucht vor den Risiken ist nicht möglich, denn „... Schadstoffe im Trinkwasser machen auch nicht halt vor den Trinkwasserhähnen der Generaldirektoren“ (Beck 1991, 187). Aus diesen völlig neuartigen Problemkonstellationen erfolgt laut BECK ein veränderter Umgang mit dem Wissen um Risiken. Weiterhin folgt die Produktion des Wissens neuen Gesetzmäßigkeiten (vgl. 9.1.4.1).

Neben der Thematisierung der ökologischen Risiken entwickelt BECK im zweiten Teil der „Risikogesellschaft“ die These einer neuen Qualität von Individualisierung und Standardisierung, wobei er besonders die Beziehung der Geschlechter im Hinblick auf Produktion und Reproduktion untersucht. Hier kommt er zu der These einer halbierten Moderne:

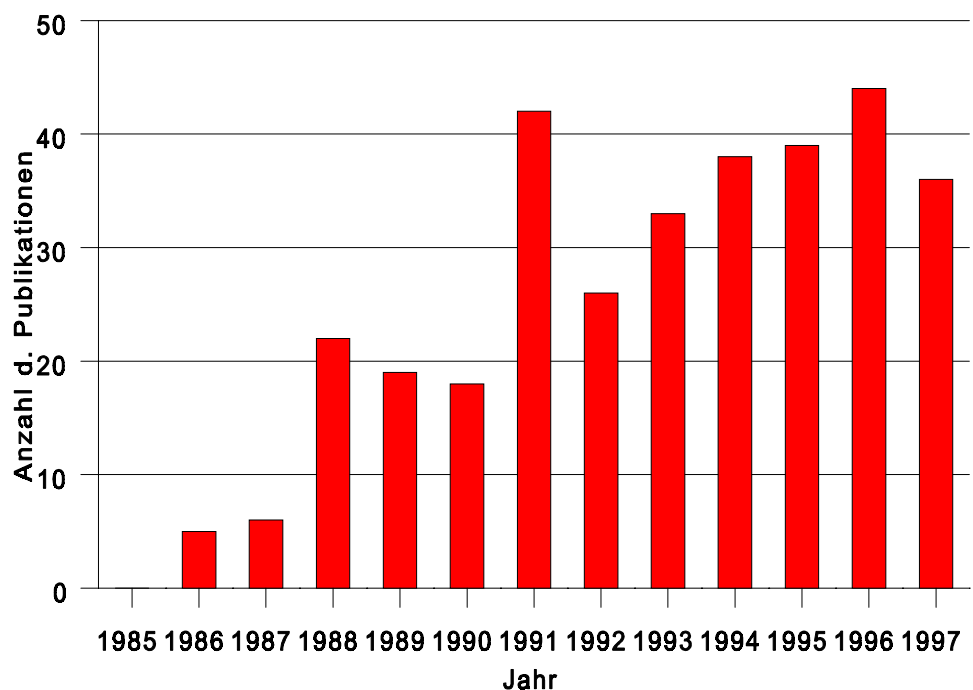
Die Zuweisung zu den Geschlechtscharakteren ist *Basis* der Industriegesellschaft und nicht etwa ein traditionales Relikt, auf das zu verzichten ein leichtes wäre. Ohne Trennung von Frauen- und Männerrolle keine traditionale Kleinfamilie. Ohne Kleinfamilie keine Industriegesellschaft in ihrer Schematik von Arbeit und Leben. (...) Die Industriegesellschaft ist insofern auf die ungleichen Lagen von Männern und Frauen angewiesen. Andererseits stehen diese im Widerspruch zu den Prinzipien der Moderne und werden in der Kontinuität von Modernisierungsprozessen problematisch und konfliktvoll.

(BECK 1986, 174. Hervorhbg. i. Org.)

Mit der Industriegesellschaft wurde die vormalige Ständegesellschaft somit nicht ad acta gelegt, sondern transformiert: Die Schranken liegen nun nicht mehr zwischen den einzelnen Ständen, sondern zwischen den Geschlechtern. Die neuere Entwicklung erschüttert allerdings die Basis der Industriegesellschaft: So verliert z.B. die rollenspezifische Zuweisung zur Hausarbeit ihre Determinationskraft

aufgrund des steigenden Bildungsniveaus beim weiblichen Geschlecht. BECK analysiert diese Entwicklung weiter und versucht die Folgen für die Familienbeziehungen herauszuarbeiten. Ferner problematisiert er die steigende Scheidungsraten und die wachsende Anzahl von Ein-Personen-Haushalten. Zusätzlich untersucht er die Folgen für den Arbeitsmarkt und die Erwerbstätigkeit, wobei er erneut den technischen Entwicklungen Beachtung schenkt.

Im dritten Teil seiner Arbeit, der in der Rezeption relativ wenig beachtet wird, widmet sich BECK der „Reflexiven Modernisierung“. Hier geht es um den Zustand von Wissenschaft und Politik in der gegenwärtigen Gesellschaft und deren gegenseitiges Verhältnis. Auf diese Punkte werde ich später genauer eingehen (s. 9.2.3.2).



**Abbildung 2: Publikationen zum Stichwort „Risikogesellschaft“. Eigene Darstellung. Quelle: SOLIS**



Das Konzept breitete sich rasch über die Grenzen seiner Disziplin - der Soziologie - aus. Ferner wurden auf der Grundlage verschiedener Überlegungen zur Risikogesellschaft Forschungsprojekte angeregt (BERGER 1990). Der Begriff Risikogesellschaft wurde schnell populär und in verschiedenen Zusammenhängen benutzbar. Abbildung 2 zeigt auf der Grundlage einer Recherche im Sozialwissenschaftlichen Literaturinformationssystem des Informationszentrum Sozialwissenschaften (SOLIS), wieviel Titel seit 1986 unter dem Stichwort Risikogesellschaft erschienen sind. 1985 ist dieser Begriff noch vollkommen unbekannt. Es wird deutlich, wie schnell und andauernd dieser Begriff zu Popularität gelangte.

Die Popularität des Begriffes und des damit verbundenden Ansatzes wurde durch die Reaktorkatastrophe in Tschernobyl im gleichen Jahr gesteigert. Dieses Ereignis machte der Öffentlichkeit beinahe schlagartig das zerstörerische Potential der Risiken bewußt, das in modernen Gesellschaften vorhanden ist. Auch BECK (1986,10) bezieht sich im Vorwort seines Buches auf die Geschehnisse in Tschernobyl und die damit verbundenen Folgen: Er behauptet, daß die damalige Katastrophe ein deutliches Indiz für die *Wahrheit* seiner Annahmen sei. Die Argumentation scheint etwas eigenwillig. Diese und weitere kritischwürdige Überlegungen möchte ich im abschließenden Ausblick anstellen (10.3.). Die Katastrophe stellt hingegen ein Ereignis dar, das für die Popularität und Verbreitung des Begriffes Risikogesellschaft und den mit ihm verbundenen Ideen förderlich erscheint. Tatsache ist, daß BECKs Publikation häufig zitiert wird. In Debatten um Modernisierungsrisiken und zunehmende Individualisierung recurriert man auf die BECK'sche Interpretation. Die Risikogesellschaft blieb aber kein rein akademischer Begriff. Auch im politischen Gebrauch ist er zu finden. Selbst in Schulbüchern wird die Risikogesellschaft thematisiert (vgl. TREIBEL 1993, 229). Ob dabei allerdings der Begriff Risikogesellschaft

in der Form gebraucht wird, wie BECK ihn entfaltet hat, bleibt fragwürdig.

Es sollte dringend beachtet werden, daß zwar der Begriff der Risikogesellschaft BECK zugeschrieben werden kann. Er war jedoch nicht der erste, der Überlegungen zur Individualisierung, zur Zukunft der Arbeitsgesellschaft, zu den Folgen der Bildungsreform usw. in dieser Form und mit diesen Folgerungen anstellte. Vielmehr kommt ihm das Verdienst zu, die bereits vorhandenen Überlegungen und Zustandsbeschreibungen der gegenwärtigen Gesellschaft in einer umfassenden und plausiblen Form publiziert zu haben, d.h. die einzelnen Teilelemente, die BECK in ihrer Gesamtheit mit der Signatur Risikogesellschaft bezeichnete, waren bereits vor der Veröffentlichung Gegenstand sozialwissenschaftlicher Reflexion. Zwei Andeutungen sollen genügen: BECK (1986, 205) wies (in einer Fußnote) darauf hin, daß seine Überlegungen zu Individualisierung, Institutionalisierung und Standardisierung von Lebenslagen und Biographiemustern mit Überlegungen von KOHLI & ROBERT (1984) in Zusammenhang stünden. Auch die im Zusammenhang mit dem Phänomen der Individualisierung gebrauchten Begriffe wie „Normal- und Wahlbiographie“ oder „Bastelbiographie“ wurden nicht von BECK (1986, 217) entworfen, sondern von GROSS (1985). Die Popularisierung dieser Vokabeln ist jedoch eng mit seinem Namen verbunden. Bereits am Anfang der achtziger Jahre wurde im Zuge der Selbsthilfediskussion, der erstarkenden Friedens- und Umweltbewegung über das Verhältnis von Politik und Bürgerwillen diskutiert (vgl. 9.2).

BECK ist somit nicht der „Erfinder“ der „Risikogesellschaft“, wenngleich er den Begriff geprägt hat. Ich lege Wert auf die Feststellung, daß das Konzept der Risikogesellschaft auch ein Ausdruck des Zeitgeistes war und ist. Damit spiegelt die Risikogesellschaft auch ein Produkt der Weltsicht in den achtziger Jahren. Im Rahmen dieser

Arbeit interessiert mich, inwieweit die Überlegungen zur Risikogesellschaft in den Diskurs der Sozialpädagogik Eingang fanden. Mit der doppelten Besetzung des Begriffes „Risikogesellschaft“ - einerseits Titel der Publikation, andererseits Zeitgeistphänomen - ist für die vorliegende Arbeit auch ein Darstellungsproblem verbunden: Welche Bedeutung des Begriffes ist in der jeweiligen Schilderung der Zusammenhänge gemeint? Ich werde mich bei der Heranziehung des Begriffes „Risikogesellschaft“ generell auf das von BECK vorgelegte Konzept beziehen. Sollte ich das Zeitgeistphänomen „Risikogesellschaft“ zur Diskussion stellen, erfolgt eine entsprechende Erwähnung.

Zur Untersuchung dieser Frage werde ich in zwei Schritten vorgehen. Zunächst werde ich die sozialpädagogische Literatur darstellen, die sich explizit mit der Risikogesellschaft beschäftigt. Hierzu sind eine Reihe von Veröffentlichungen erschienen. Im zweiten Schritt werde ich ausgewählte Literatur mittels einer Qualitativen Inhaltsanalyse untersuchen und systematisch auf Aussagen zur Risikogesellschaft befragen.

### **3.1 Neue Perspektiven durch eine Rezeption des Konzeptes „Risikogesellschaft“?**

Risiken des Erwerbslebens und soziale Gefährdungen durch gesellschaftliche Einflüsse sind für die Soziale Arbeit selbstverständlich kein neuartiges Phänomen. Im Gegenteil! Der historische Rückblick zeigte, daß die Gefährdungen und Risiken ein wichtiger Ausgangspunkt für die Konstituierung der Sozialarbeit waren und heute noch sind. Menschen leben in der modernen Gesellschaft mit der Gefährdung, ins soziale Abseits zu geraten, wofür auch gesellschaftsimmanente Ursachen verantwortlich gemacht werden können. Aktuelles Beispiel: Die steigende Massenarbeitslosigkeit, die auch durch noch intensivere Arbeitssuche und gesteigerter Eigenverantwortlichkeit nicht

zu beheben ist - obwohl dies Arbeitgeberverbände und Bundesregierung ständig betonen.

Somit ist es für den sozialpädagogischen Diskurs notwendig, gesellschaftstheoretische Überlegungen über Ursachen und Beschreibungen sozialer Probleme zu rezipieren. Im historischen Abriß habe ich u.a. dargestellt, welche Ansätze attraktiv waren (vgl. 2.4.3.2).

Die Risikogesellschaft scheint einen besonderen Einfluß auf den sozialpädagogischen Diskurs des letzten Jahrzehnts ausgeübt zu haben. Worin zeigt sich dies? Wie werden Risiken, die schon immer Bestandteil sozialpädagogischer Überlegungen waren, beschrieben? Gibt das Konzept der Risikogesellschaft die Möglichkeit zu einer neuen, anderen Problemdefinition?

WINKLER (1992) versucht die Risikoproblematik mit den Begriffen "chronische Modernisierungsrisiken" und "aktuelle Modernisierungsphänomene" differenzierter darzustellen. Chronische Modernisierungsrisiken stellen dabei z.B. sozialstrukturelle Ungleichheitsvorgaben dar, also jene Risiken, die prinzipiell schon immer Gegenstand der sozialpädagogischen Problembeschreibung waren. Mit Hinweis auf die Zunahme von Ein-Eltern-Familien stellt WINKLER fest, daß es sich auch in diesem Fall um „...eher bekannte Problemsituationen der Sozialpädagogik [handele], die sich nun allerdings verallgemeinert als durchschnittliche Sozialisationsbedingungen stellen“ (ebd., 69).

Aktuelle Modernisierungsphänomene seien demgegenüber nur neue Ausprägungen individueller Problem- und Mangellagen, die möglicherweise mit der vorgegebenen Terminologie nicht zu fassen seien und ggf. etwas Kreativität in der Begriffsbildung erforderten (WINKLER verwendet z.B. den Begriff „Mobilitätswaisen“), an der Systematik der Sozialpädagogik jedoch nichts änderten. Im Gegenteil: Der gestiegene Druck im Hinblick auf eine optimale Erziehung, der für

die Eltern auch eine paralysierende Wirkung haben könne, läßt Sozialpädagogik von der Nothilfeeinrichtung zu einem Bestandteil ganz normaler Erziehung werden. Sozialpädagogik könne z.B. entlastende Funktion für Eltern ausüben, die durch die Vielfalt der populärwissenschaftlichen und trivialen Erziehungsratgeber eher verwirrt als aufgeklärt würden.

*Exkurs:* Diese These wird auch von sozialpolitischen Entwicklungen gestützt, die eine Orientierung auf die Dienstleistungsfunktion der Sozialen Arbeit fördern. Die Ablösung der sozialpädagogischen Arbeit von der reinen Nothilfe, die zudem mit ordnungsrechtlichen Eingriffen verbunden war, wurde auch durch die Neufassung des Jugendhilferechtes versucht. Gegenüber dem RJWG soll das derzeit gültige KJHG als Leistungsgesetz verstanden werden: Das Gesetz soll Grundlagen von Leistungen sein, die in Fällen „ganz normaler“ Erziehungsfragen erbracht werden. Damit wird vornehmlich eine veränderte Funktion des Jugendamtes bewirkt. Während Einrichtungen in freier Trägerschaft bisher vornehmlich pädagogische Hilfen geben sollten, wird nun auch dem Jugendamt vermehrt ermöglicht, helfende und beratende Leistungen zu erbringen. Dies war nicht immer so. Eine entsprechende Darlegung erfolgte in Kapitel 2.

WINKLERS Rezeption der Modernitätsrisiken bricht nicht mit alten Denkgewohnheiten der sozialpädagogischen Gegenstandsdefinition. Folgt man seiner Argumentation, so zieht die

(...) gegenwärtige Situation moderner Gesellschaften (...) einerseits keine prinzipielle Veränderung im Begriff und in der Sache der Sozialpädagogik nach sich. Aber: Sie bedeutet andererseits, daß die konstitutiven Prämissen und die implizite Logik der Sozialpädagogik in einer ungewöhnlichen Schärfe hervortreten.

(Ebd., 62)

Diese Auslegung der Kernannahmen aus dem Konzept der Risikogesellschaft dient somit nicht dazu, neue Probleme schärfer herauszuarbeiten und neue Konzepte für das Verständnis und die Lösung,

quasi als Rüstzeug für die zukünftigen Aufgaben zu gewinnen. Diese Lesart propagiert die Möglichkeit eines qualifizierteren Rückblicks in der Hoffnung, daß die Lösungen bereits dort zu finden seien. Wie dies geschehen soll, bleibt allerdings offen. WINKLER bezieht eine Position, die eine ungewöhnliche Perspektive bietet: Mit einem neuen Konzept soll das Alte reflektiert werden.

Die Rezeption der Risikoproblematik moderner Gesellschaften scheint jedoch in die andere Richtung zu gehen: Mit dem neuen Konzept sollen die Gegenwart neu begriffen und neue prognostische Kompetenzen gewonnen werden. Die im Modell der Risikogesellschaft angelegte Beschreibung bietet für andere Autoren demnach einen anderen Zugang zur Definition von quantitativ und qualitativ neuartigen Problemen, denen sich die Sozialpädagogik stellen muß.

### **3.2 Probleme der Rezeption**

Mit der „Risikogesellschaft“ lag ein Konzept vor, das eine neue Perspektive eröffnete, das aber auch Anlaß zur Kritik bot. Bereits früh wurde die unscharfe Verwendung der zentralen Begriffe Risiko, Gefahr und Gefährdung kritisiert. Für die Sozialpädagogik stellte sich zudem das Problem, daß der Ansatz ein sozialwissenschaftlicher, aber kein erziehungswissenschaftlicher oder gar sozialpädagogischer war: Der Fokus sozialpädagogischen Interesses ist anders gelagert als ein soziologischer. BECK bezieht sich auf Risiken, die durch große technische Anlagen und globale Entwicklungen induziert werden. Damit fehlt der direkte Bezug zu den Risikodefinitionen, die für die Sozialpädagogik relevant sind. Es mußte eine Erweiterung erfolgen, um den Risikobegriff im Kontext sozialen Handelns fruchtbar zu machen. Dies geschah durch die Verknüpfung des Risikobegriffs mit dem Begriff der Individualisierung. Schließlich wurde der Begriff des sozialen Risikos

eingeführt.

### 3.2.1      **Unschärfe des Risikobegriffs**

BECK bezog den von ihm entfalteten Risikobegriff nicht auf soziales Handeln. Hier liegt das entscheidende Problem bei der Übertragung des Risikobegriffs auf Probleme der Sozialen Arbeit. Zudem ist der Begriff des Risikos unscharf verwendet. Risiken „(...) erscheinen vielmehr ausschließlich als *technische* Gefährdungen, die gesellschaftlich nur in dem Maße relevant werden, als sie mit sozialen Auswirkungen verknüpft sind“ (BONß 1991, 260).

Der präzisere Begriff wäre dementsprechend der der "Risikofolengesellschaft" oder "Gefahrengesellschaft"; eine Einschränkung, der auch BECK in einer späteren Veröffentlichung zustimmte (BECK 1988, 120 ff.).

Der Soziologe BONß (1991) versucht, Risikohandeln als eine elementare Form menschlichen Handelns in neuzeitlichen Gesellschaften zu entfalten. Viele Situationen sind von Unsicherheiten geprägt. Damit trotzdem Handlungsfähigkeit gewährleistet bleibt, muß das Ausmaß der Gefahr abgeschätzt werden. Der Nutzen einer Handlung wird mit dem möglichen Schaden „verrechnet“ und damit ein Risiko eingegangen. Dies ist ein Kalkül, das dem von Versicherungen ähnlich ist: Handeln wird dann vertretbar, wenn der größte mögliche Schaden in einem angemessenen Verhältnis zur Wahrscheinlichkeit steht. Ist der größtmögliche Schaden jedoch zu gewaltig, wird auch bei sehr niedriger Wahrscheinlichkeit des Eintretens kaum ein Risikoverhalten erfolgen: Kaum jemand wird sein Leben riskieren, auch wenn die Wahrscheinlichkeit, daß eine Handlung tödlich endet, gering ist. Wer es trotzdem tut, gilt als unvernünftig.

BONß (ebd.) versucht ferner „Risiko“ von „Gefahr“ zu unterscheiden. Dabei greift er auf relevante Konzepte (PARSONS, WEBER) seiner Disziplin zurück. Risiken sind prinzipiell kalkulierbar und Bestandteil einer individuellen Einschätzung von Gelingen und Mißlingen. Gefahren sind grundsätzlich nicht kalkulierbar und brechen zufällig über Handelnde herein. Zusätzlich ist bei diesen die Identifikation eines Verantwortlichen nicht möglich. Diese Unterscheidung von Gefahr und Risiko ist nur idealtypisch möglich, da die Grenzen verschwimmen. Ein Reeder geht beispielweise ein kalkulierbares Risiko ein, wenn er Frachtschiffe in See stechen läßt. Für die Seeleute sind die Unbilden des Meeres jedoch eine Gefahr (ebd., 265).

Komplexe Risikosysteme (Atomkraftwerke, Chemiefabriken usw.) schaffen Komplikationen und Ungleichgewichte in der Definition von Risiko- und Gefahrenhandeln. Zwar sind diese Technologien (theoretisch) beherrschbar, menschliches Versagen oder ein Ausfall von technischen Sicherungseinrichtungen können jedoch Folgen haben, die nicht mehr abzuschätzen und kalkulierbar sind. Die inhaltliche Differenz der Begriffe Gefahr und Risiko verschwimmt vollends. BONß führt den Begriff der "Gefahr zweiter Ordnung" ein:

Von "Gefahren zweiter Ordnung" wäre dann zu sprechen, wenn bestimmte Handlungen zeitlich, sozial und/oder sachlich versetzte Nebenfolgen haben, die vorab nicht absehbar sind, das zugrundeliegende Risikokalkül sprengen und dem Verursacher kaum zugerechnet werden können.

(Ebd., 265)

Wie noch gezeigt werden soll, können diese Nebenfolgen nicht nur durch Handlungen ausgelöst werden, die in großtechnischen Anlagen ihren Ursprung haben und für Katastrophen sorgen. Mit dieser Sichtweise lassen sich auch komplexe soziale Systeme betrachten. Auch hier können Handlungen und Entscheidungen Neben- und Spätfolgen



haben, die nicht intendierte waren. BECK (1986, 148 ff.) geht selbst auf die Problematik ein, die er jedoch nicht mit dieser Begrifflichkeit erörtert. So ist z.B. die Scheidung von Ehepartnern eine Form sozialen Handelns, die - besonders für die betroffene Frau - das Risiko „neuer Armut“ in sich birgt.

Die Transformation von „Gefahr“ über „Risiko“ schließlich zu „Gefahr zweiter Ordnung“ auf die Ebene des sozialen Handelns, ist - zumindest implizit - in den sozialpädagogischen Diskurs eingewoben. Risikohandeln bzw. das Handeln in einer durch Risiken definierten Situation, ist Grundelement des sozialen Handelns in der modernen Gesellschaft. EVERS fordert in diesem Zusammenhang ein Recht auf Risiko jenseits sozialstaatlicher Bevormundung ein (EVERS 1989). Die Verantwortung des Staates bei der Sicherung der Bürger vor Risiken und Gefahren kann nach seiner Ansicht überhand nehmen und die Selbstbestimmung des Individuums beschneiden. Beispielhaft fragt er:

(...) ist das Nachtarbeitsverbot für Frauen eine wichtige Schutzregel oder nicht eher eine entmündigende Zwangsregel? Sind gewisse Normen und Vorschriften für die Verhältnisse am Arbeitsplatz oder in sozialen Einrichtungen unerläßlicher Schutz oder nicht auch eine hinderliche bürokratische Bevormundung für eine lokale Arbeitsbeschaffungsinitiative oder eine Elterngruppe, die einen Kinderladen gründet?

(Ebd. 45)

Hier wird bereits deutlich, daß Risiken und entsprechendes Vermeidungsverhalten definiert werden müssen. Auf diese Problematik werde ich später genauer eingehen.

### **3.2.2 Globale Risiken**

Ein geradezu klassisches Beispiel für globale Risiken war (und ist immer noch) die Bedrohung durch die Nuklearwaffen der hochgerü-

steten Armeen in Ost und West. In diesem Zusammenhang traten eine Reihe von Fragen auf. Es wurde z.B. eine Erklärung für die sogenannte "atomare Gelassenheit" oder "atomare Fühllosigkeit" (KEUPP 1989, 21) gesucht. Damit zielte man auf die zurückhaltende Wahrnehmung des enormen Bedrohungspotentials in der Öffentlichkeit. Daß diese Gelassenheit sehr schnell verschwinden kann und zu individuellen Betroffenheiten bis hin zu psychischen Störungen führt, die therapeutischer Behandlung bedürfen, wurde durch die Katastrophe von Tschernobyl deutlich.

Weiter wurde gefragt, welche Auswirkungen diese Phänomene innerhalb sozialer Strukturen zeitigten und welche Bedeutung sie für die psychosoziale Praxis hätten. Diese Fragen bezogen sich weniger auf gesamtgesellschaftliche Erscheinungen. Im Zentrum steht vielmehr das Individuum. Der Weg der Bewältigung mündet letztlich in individuellen Coping-Strategien, wie die Ergebnisse der Life-event- und Streßforschung zeigten. Diese Ansätze umfassen ein Überlappungsgebiet von Psychotherapie und sozialpädagogischer Einzelfallarbeit. Anknüpfungspunkte ergeben sich bei der Analyse von informellen Netzwerken und deren unterstützenden Funktionen für Individuen. Die Problematisierung von Reaktorkatastrophen, Chemieunfällen und nuklearer Bedrohung bleibt jedoch innerhalb der sozialpädagogischen Diskussion ein Randthema, da sie in der alltäglichen Praxis kaum relevant sind.

Interessanter und ergiebiger entwickelte sich die Diskussion um die Bedrohung durch Umweltgefahren. Hier waren die Gefährdungen der Lebensgrundlagen und Fragen der Wohnqualität angesprochen. Die steigende Bedeutung dieser Fragen wurde bereits in der Aufstellung der Jugendhilfeangebote nach KREFT & LUKAS (1993, 26; vgl. 2.5) deutlich. Für den Beginn der achtziger Jahre ist eine Hinwendung zum Bereich Bauen/Wohnen bezeichnend, ebenso eine Entwicklung im

Bereich Wohnhilfe, die sich mit der „neuen Wohnungsnot“ auseinandersetzt. Dabei waren zwei Hauptrichtungen der Diskussion festzustellen. Einerseits wurden die biophysischen Auswirkungen von zunehmenden Umweltgefährdungen, andererseits die psychischen Belastungen thematisiert. Die Argumentation zum Thema biophysische-medizinische Risiken ging dabei in Richtung Gesundheit/Krankheit. Dies wird später ausführlich dargestellt (s. 4.3).

Die Gewißheit der ökologischen Krise bei einem nachlassenden Vertrauen in technologische Lösungswege beeinflusst besonders die Entwicklungs- und Lebensbedingungen bei Jugendlichen und Kindern (DRÖSCHEL 1995, 10 f.; MANSEL 1995, 99 ff.). Bei ihnen ist das Interesse an der Umwelt und an ökologischen Zusammenhängen groß. Gleichzeitig wird durch solches Interesse und eine entsprechende Beschäftigung mit diesem Thema das Ausmaß von Zerstörung und Bedrohung der Lebensgrundlagen bewußt. In der Konsequenz werden Ängste und pessimistische Zukunftsvorstellungen gefördert. Das Erleben der Globalgefährdungen ist bei Kindern und Jugendlichen auf der einen und Erwachsenen auf der anderen Seite unterschiedlich (DRÖSCHEL 1995, 10 f.); die teilweise festzustellende Sprachlosigkeit von Erwachsenen zu diesem Thema erschwert zusätzlich eine Lösung des Problems und kann so zu einem Ansatzpunkt sozialpädagogischen Handelns werden.

### **3.2.3 Soziale Risiken**

RAUSCHENBACH (1992b) weist auf die Gefahren hin, die aus einer einseitigen Diskussion der Risiken erfolgen. Soziale und materielle Not bestünden weiterhin fort, eine einseitige Risikodiskussion verschleierte jedoch den Blick dafür. Die Konzepte und Überlegungen zur ökologischen Krise seien durchaus tragfähig und fundiert. Dies bedeute

jedoch nicht, daß es nur noch und ausschließlich ökologisch induzierte Probleme gäbe. Er geht von der Überlegung aus, daß das klassische Klientel (Arme, Behinderte, sozial Ausgegrenzte usw.) aus den Augen verloren würde, sobald nur ökologische Gefahren diskutiert würden. Ausgrenzung und materielle Not würde nicht nur durch die ökologische Krise ausgelöst. Die Fixierung auf die ökologische Krise und deren Folgen hätte somit für die Bestimmung des sozialpädagogischen Handlungsfeldes fatale Folgen.

RAUSCHENBACHS Warnung weist somit auf die nachteiligen Folgen eines Denkens hin, das einer zweiwertigen Logik folgt. Der Begriff der zweiwertigen Logik meint, daß das Denken in den Kategorien „Entweder-Oder“ erfolgt und Gleichzeitiges nicht zuläßt.

Eine Einschränkung auf ökologische oder großtechnisch induzierte Risiken greift damit zu kurz und ist für sozialpädagogische Zwecke unbrauchbar. Bei genauerer Betrachtung der Begriffe stellt sich jedoch heraus, daß ökologische Risiken in ihrer Struktur mit sozialen Risiken prinzipiell vergleichbar sind. Während ökologische Risiken aus dem industriell-technischen Fortschritt entstehen, resultieren soziale Risiken aus den zunehmenden Individualisierungstendenzen der modernen Gesellschaft. Aus individuellen Handlungsoptionen erwachsen Risiken, die in ihrer Tragweite nicht zu überblicken sind. Durch die Erweiterung des ursprünglichen Risikobegriffes, der sich ausschließlich auf technische und globale Risiken bezog, wird ein entscheidender Schritt in der Übertragung des Risikobegriffes auf soziales Handeln getan. So kann der Risikobegriff auch für die Sozialpädagogik fruchtbar gemacht werden.

Während der Schwerpunkt der Debatten um Modernisierungsrisiken weitgehend auf den ökologischen und großtechnischen Risiken lag, überträgt RAUSCHENBACH den Risikobegriff in zwei Schritten auf die sozialpädagogische Diskussion. Der Risikobegriff solle nicht nur physi-

kalische, biologische, medizinische oder chemische Fragestellungen berühren, sondern auch eine Erweiterung im Hinblick auf soziale Risiken erfahren. Dadurch lasse sich eine Anschlußfähigkeit an Risikodebatten herstellen. Zusätzlich gelingt eine Anknüpfung an den Ausgangspunkt der von BONß angestellten Überlegungen zu den „Gefahren zweiter Ordnung“: Handeln unter riskanten Bedingungen ist nicht nur auf technische Phänomene beschränkt, sondern ein spezifischer Typus sozialen Handelns unter Bedingungen der Unsicherheit in modernen Gesellschaften (BONß 1991). Eine Handlung wird dann zu einem Risikohandeln, wenn eine Ungewißheit darüber besteht, ob nicht-intendierte Nebenfolgen auftreten können. Dieses Handeln muß zudem einem spezifischen Akteur<sup>2</sup> zugeordnet werden können. Zusätzlich greift RAUSCHENBACH auf andere Bestimmungsmerkmale zurück, die er mit BECK durch die Begriffe Entsinnlichung, Entgrenzung und Wissensabhängigkeit kennzeichnet. Entsinnlichung meint die Loslösung von der eigenen Erfahrung und direkten Wahrnehmbarkeit (*Entmündigung der Sinne*); Entgrenzung bezeichnet die Unmöglichkeit, die Folgen einzugrenzen, die Wirkungen auf zeitlicher, räumlicher und/oder personeller Ebene zu begrenzen (*Gefahr zweiter Ordnung*). Wissensabhängigkeit schließlich bezieht sich auf die Angewiesenheit auf Wahrscheinlichkeits- und Möglichkeitswissen. Es zeigt sich, daß die genannten Bestimmungsmerkmale nicht nur für ökologische, sondern auch für soziale Modernisierungsrisiken gelten. Eine Rekonstruktion des Modells Risikogesellschaft auf der Ebene sozialen Handelns verdeutlicht, daß Gefährdungen auch durch soziales Handeln ausgelöst werden können.

---

<sup>2</sup> BONß (1991) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Zurechenbarkeit bzw. Verantwortbarkeit auch aufgrund sozialer Konstruktion hergestellt wird und das Vorhandensein eines Akteurs im Idealfall - und damit nicht immer und grundsätzlich - den Unterschied von Gefahr und Risiko ausmacht.

Mit anderen Worten: Nicht die sozialen Folgen der Interaktion „Mensch-Natur“ oder „Mensch-Maschine“, sondern die sozialen Risiken in den Interaktionen „Mensch-Mensch“ stehen im Mittelpunkt der Betrachtung.

(RAUSCHENBACH 1992b, 37)

Damit sind Risiken gemeint, die direkt auf die elementaren Bedürfnisse zielen, wie die kulturelle Reproduktion, die soziale Integration und Sozialisation. Dabei ist es wichtig festzuhalten, daß Handeln Gefährdungen und Risiken in sozialen Zusammenhängen *auslösen* kann, diese aber prinzipiell nicht *verursacht*. Eine Ehescheidung kann beispielsweise für die Frau der Auslöser eines Prozesses sein, der in die „neue Armut“ führt, aber die Ursache findet sich dabei nicht beim (ehemaligen) Ehepartner, sondern in den Rahmenbedingungen, die eine ökonomische Konsolidierung erschweren.

### **3.2.4 Individualisierung**

Neben der Risikoproblematik im bisher geschilderten Sinne, ist die BECK'sche Darstellung von Individualisierung und Entstandardisierung von Lebensläufen im sozialpädagogischen Diskurs aufgegriffen worden. Oft wird bei der Thematisierung der Individualisierung die Hoffnung formuliert, Sozialpädagogik könne dadurch eine Statusaufwertung erlangen: Wenn prinzipiell jeder Bürger irgendwann in seinem Leben Beratung und soziale Hilfe benötigt, wird sich Sozialpädagogik von der Nothilfe zu einer Einrichtung wandeln, die normale Erziehungsarbeit leistet. Klienten wären dann nicht mehr Ausgegrenzte und Randgruppen, sondern alle Bürger. Vielleicht ist die Attraktivität des Individualisierungsansatzes durch diese Hoffnung mitbegründet.

Das Phänomen der Individualisierung hat nach BECK mehrere analytische Dimensionen. Es handelt sich dabei um die Entstandardisierung bisher gekannter Lebensläufe, um die Freisetzung aus bishe-

rigen traditionellen Bindungen und Rollen und um eine spezifisch neue Art der Einbindung (vgl. 9.2.3.1).

Mit der Individualisierungsproblematik sind eine Reihe von Phänomenen angesprochen. Durch Freisetzung und Entstandardisierung wächst z.B. die Anzahl der Optionen für das eigene Leben. Diese werden besonders an den biographischen Brüchen und Übergängen sichtbar. Hier konzentriert sich eine Reihe von Wahlmöglichkeiten, die für das weitere Leben von großer Bedeutung sein können und neue Chancen eröffnen oder Optionen versperren. Die Qualität und Quantität dieser Möglichkeiten erreichen zudem ein neues historisches Niveau. Die Gestaltung des eigenen Lebens wird nicht mehr durch soziale Zwänge geregelt, wie dies noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war.

Das heißt nun nicht (..), daß jeder Tellerwäscher, so er strebsam ist, zum Millionär avanciert. Es heißt aber, daß man für sein Glück *etwas tun muß*, also: zielstrebig planen! Möglichkeiten abwägen und durchkalkulieren! Nur wer sich auskennt, kommt zu Erfolg! Man muß Bescheid wissen - über BAFöG und Bausparmodelle, über Ausbildungswege und Rentenberechnung - und dieses Wissen zu nutzen verstehen. Wer's nicht tut, steht draußen, ohne Job und ohne Aussicht auf Arbeit, ohne Häuschen mit Garten, ohne Rente im Alter.

(BECK-GERNSHEIM 1992, 149. Hervorhbg. i. Org.)

Diese Chancen haben folglich einen höchst ambivalenten Charakter, da sie den Einzelnen überfordern können. Erschwert wird diese Erweiterung der Möglichkeiten durch die subtile Forderung, die gebotenen Chancen auch zu nutzen, wodurch ein Optimierungszwang entsteht. Die Chancen werden zu „riskanten Chancen“, zumal der Verlust von Zwängen auch als Verlust von Sicherheiten und Gewißeheiten erlebt werden kann.

Diese erweiterten Wahlmöglichkeiten und Optionen betreffen jedoch

nicht nur das eigene Leben, sondern bei Eltern auch das ihrer Kinder. Solches führt zu einer Popularisierung von pädagogischen und psychologischen Erkenntnissen, die in zahlreichen Ratgebern trivialisiert vermittelt werden. Die Problematik des Optimierungszwanges erhält zusätzlich eine gewisse ethische Brisanz durch den Forschungsstand in Gentechnik und Pränataldiagnostik. Durch diese Technologien ist es möglich, bereits vor der Geburt „Optimierungen“ vorzunehmen.

Während die eben geschilderte Risikoproblematik erst an die sozialpädagogische Diskussion angepaßt und einige Begrifflichkeiten transformiert werden mußten, wurden die Überlegungen zur Individualisierung gern aufgenommen. Individualisierung avancierte zu einem indexikalischen Begriff. Mit dieser Terminologie konnte das Klientel neu und anders gesehen werden. Ein neuer Kliententypus kam in die Diskussion, der bisher noch nicht erkannt war. Nun stehen keine Randgruppen und sozial ausgegrenzte Individuen zur Debatte, ist doch prinzipiell vorstellbar, daß jeder Bürger im normalen Lebenslauf soziale Hilfe und professionellen Rat benötigt.

Dies bringt für die Sozialpädagogik neue Aufgaben mit sich. Das klassische Klientel verschwindet, womit zugleich neue Methoden und Arbeitsweisen entwickelt werden müssen. Eine verstärkte Fokussierung auf den Einzelfall wird erforderlich. Zusätzlich erschwert wird die Arbeit durch die Beliebigkeit von Normalitätsstandards, die im Einzelfall immer diskutabel sind.



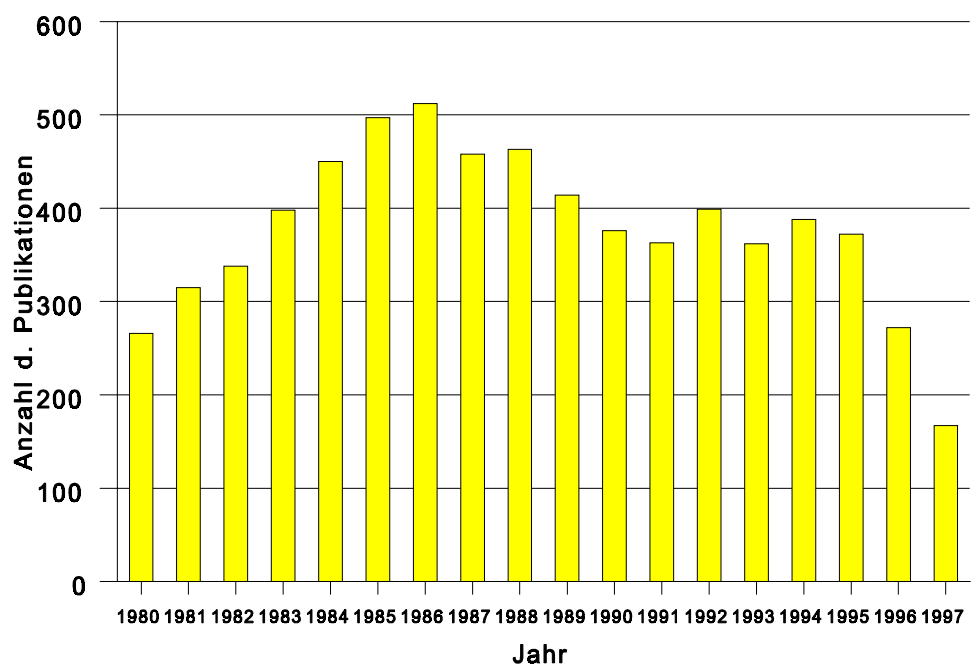
#### **4            Bedeutung des Gesundheitsbegriffes               für die Sozialpädagogik**

Durch die bisherigen Ausführungen sollte deutlich geworden sein, daß die Sozialpädagogik ein stark ausdifferenziertes Handlungsfeld darstellt. Aufgrund der Themenstellung der vorliegenden Arbeit wäre eine Analyse der gesamten Äußerungen im Rahmen des sozialpädagogischen Diskurses zu umfangreich und kaum leistbar. Daher habe ich das Themengebiet eingeschränkt. Der Diskurs über Gesundheit schien mir dafür geeignet.

Zunächst ist Gesundheit ein derzeit aktuelles Thema; sowohl in der Öffentlichkeit und Politik als auch in der Wissenschaft ist es von Interesse. Gesundheit ist nicht nur im Rahmen der Medizin Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung. Eine eigene Disziplin konnte sich unter dem Namen „Public Health“ herausbilden, deren Entwicklung zudem vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert wurde und wird (KOLIP & SCHOTT 1994). Entsprechende Grundlagenwerke zu den „Gesundheitswissenschaften“ kamen bereits heraus (HURRELMANN & LAASER 1993). Die Verwendung des Begriffes im Plural deutet die Programmatik an: Hier sollen verschiedene Wissenschaften (Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Ökonomie, Sozial- und Umweltmedizin usw.) mit fachspezifischen Beiträgen zur Gesundheitsförderung beitragen. Das Verständnis dieser Wissenschaft ist somit plural angelegt. Bei der sehr weiten Definition von Gesundheit, die z.Z. verwendet wird (s.u.) sind zahlreiche Disziplinen Teilbereiche der Gesundheitswissenschaften. WALLER (1996) verwendet hingegen den Singular Gesundheitswissenschaft und versucht die Integration wichtiger Elemente verschiedener Disziplinen zu einer Wissenschaft.

Die verstärkte Forschung der letzten Jahre führte in der Gesund-

heitspsychologie zum Erscheinen von Sammelbänden (z.B. SCHWARZER 1990). Das aktuelle erziehungswissenschaftliche Interesse am Thema Gesundheit zeigt die Tatsache an, daß die Standesvereinigung der Erziehungswissenschaftler, die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE), jüngst eine ständige Arbeitsgruppe zu diesem Teilgebiet einrichtete. Die renommierte „Zeitschrift für Pädagogik“ (1994) widmete dem Thema „Gesundheitserziehung“ eine Ausgabe. Auch in der Sozialpädagogik wird dieses Thema dominant. Neuere Veröffentlichungen beschäftigen sich mit dem Verhältnis von Sozialpädagogik und Gesundheit sowie den Möglichkeiten, die eine Konzentration der Sozialpädagogik auf Gesundheit bieten (BRIESKORN-ZINKE & KÖHLER-OFFIERSKI 1997; HOMFELDT & HÜNERSDORF 1997).



**Abbildung 3: Publikationen zum Stichwort "Gesundheit". Eigene Darstellung; Quelle SOLIS**

Insgesamt, so läßt sich zusammenfassen, wurde das Thema Gesundheit in verschiedenen Bereichen in den letzten Jahren verstärkt aufgegriffen. Dies zeigt Abbildung 3. Das hohe (quantitative) Niveau

der jährlichen Publikationen ist deutlich zu erkennen, wenngleich einige Schwankungen erkennbar sind. Bis zur Mitte der achtziger Jahre ist ein stetiger Zuwachs an Publikationen unter dem Stichwort „Gesundheit“ zu verzeichnen; gegen Ende der achtziger Jahre wird die Menge geringer, um dann wieder anzusteigen. Warum es diese Konjunkturen gibt, läßt sich auf der Grundlage dieser Daten nur vermuten: Der Anstieg bis zur Mitte der achtziger Jahre ist sicher verbunden mit den Diskussionen um Selbsthilfe, Eigenverantwortlichkeit des Individuums und Gesundheitsrisiken aufgrund von Umweltbelastungen. Diese Themen scheinen allmählich ihre Attraktivität zu verlieren, bis gegen Ende der achtziger Jahre die Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes, die Empowerment-Diskussion und der Wandel von der Gesundheitserziehung zur -förderung für neue Impulse in der Diskussion sorgen. Der Rückgang der Publikationsmenge in den letzten Jahren ist auch auf ein praktisches Problem der Datenbank zurückzuführen: Eine ganze Reihe von Publikationen ist noch nicht gemeldet, Tagungsberichte und Kongressschriften für zurückliegende Jahre sind z.T. noch nicht veröffentlicht.

Gesundheit ist ein ständig interessierendes Thema; ein Blick auf die Entwicklungen und das Verständnis von Gesundheit zeigt jedoch, daß sich in den letzten Jahren - wie eben bereits angedeutet - ein anderer Zugang zum Problembereich Gesundheit eröffnete, der über die medizinisch orientierten Ansätze hinausging. Dies verdeutlicht u.a. den Wechsel in der Begriffswahl: War noch vor 10-15 Jahren von der *Gesundheitserziehung* die Rede, spricht man heute von *Gesundheitsförderung*. Dies wird unten näher erläutert.

Neben der Aktualität, ist die Auswahl dieses Themengebietes auch forschungspraktisch zu begründen: Beiträge, die dem Gesundheitsdiskurs zuzuordnen sind, lassen sich definitorisch festlegen, womit eine nachvollziehbare Analyse erfolgen kann.

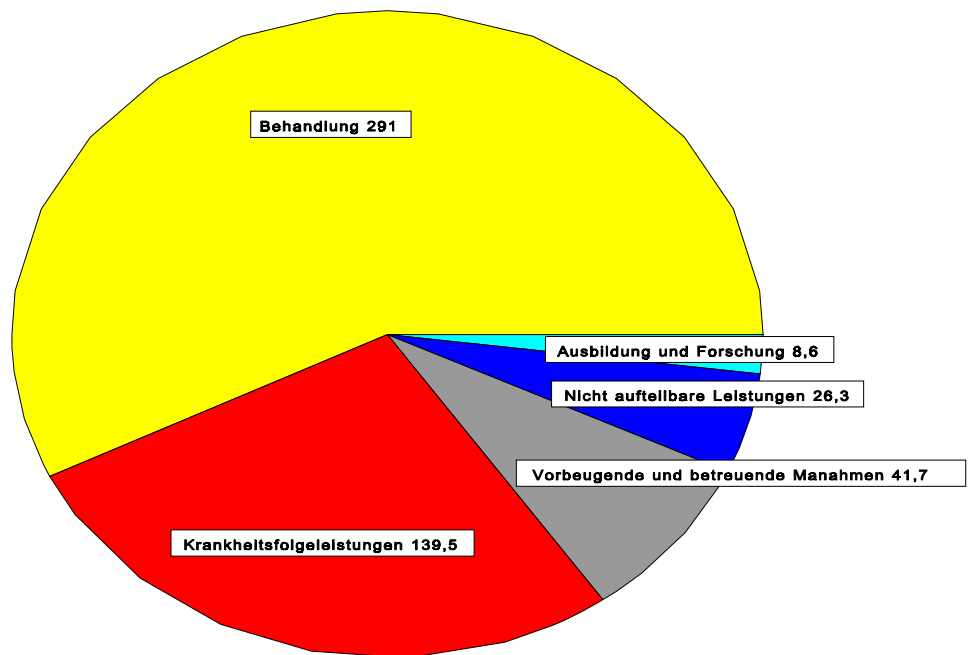
Ferner scheint der Diskurs über Gesundheit stellvertretend für den gesamten Diskurs in der Sozialpädagogik zu stehen. Es wurde bereits dargestellt, daß sozialpädagogisches Handeln auf die Verbesserung von Lebensumständen zielt oder präventive Leistungen erbringen soll. Dies ist auch Ziel der Gesundheitsförderung, deren Begriff und Bedeutung ich im folgenden erläutern werde.

#### **4.1            Aktualität von „Gesundheit“**

Gesundheit, wie eingangs erwähnt, ist von erheblichem öffentlichen und privaten Interesse. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist - im Vergleich zum Aufwand - jedoch skeptisch zu betrachten. Mehrere Themen geben Anlaß zur Diskussion.

##### **4.1.1        Kostenexplosion im Gesundheitswesen**

Die Notwendigkeit von Reformen im deutschen Gesundheitswesen begründet sich u.a. mit dem Begriff „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“. Führt man sich die Zahlen vor Augen, scheint die Rede von einer Explosion gar nicht so abwegig: Im Jahre 1970 wurde eine Summe von ca. 70 Mrd. DM für das gesamte Gesundheitswesen ausgegeben. Die derzeit aktuellen Daten stammen aus dem Jahr 1995 und weisen ein Volumen von 507 Mrd. DM aus. In diesen Zahlen sind die Ausgaben für die neuen Bundesländer mit enthalten. Ein Vergleich der Daten von 1970 mit den Ausgaben von 1995 (allein in den alten Bundesländern) weist eine Steigerung von 517 % aus. Abbildung 4 verdeutlicht die aktuellen Werte und zeigt eine Aufteilung nach Leistungsarten. Über die Hälfte der anfallenden Kosten wird für Behandlungskosten verwendet; noch einmal 139 Mrd. DM für Krankheitsfolgeleistungen.



**Abbildung 4: Ausgaben für Gesundheit 1995 nach Leistungsarten in Mrd. DM.**  
**Quelle: Statistisches Bundesamt 1998**

Die scheinbar allgemein akzeptierte Tatsache einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ ist keineswegs unumstritten. REINERS (1993, 123 ff.) relativiert diese Aussage und gibt zusätzlich zu bedenken, daß der weitaus größte Teil der Ausgaben im Gesundheitswesen aus Behandlung und Krankheitsfolgeleistungen resultiert (s.o.). Die Rede vom „Krankheitswesen“ wäre damit angebrachter. Davon abgesehen kann auch kaum von einer Kostenexplosion gesprochen werden, da die Ausgaben weder ins Unendliche gestiegen noch außer Kontrolle geraten sind, wie das Bild einer Explosion suggeriert.

Die These von der allgemeinen Kostenexplosion im Gesundheitswesen läßt sich nur mit einem statistischen Bauerntrick „beweisen“, indem man für eine entsprechende Zeitreihe das Jahr 1970 als Basisjahr wählt. Leider bedient sich auch das Statistische Bundesamt dieses unseriösen Verfahrens. In seiner jüngsten Darstellung der Gesundheitsausgaben (...) kommen unsere Bundesstatistiker zu dem Ergebnis, daß die Gesundheitsausgaben zwischen 1970 und 1989 um 292 % zunahmen, das Bruttosozialprodukt hingegen nur um 232

% gestiegen ist. Wählt man hingegen das Jahr 1975 als Basisjahr, sieht diese Gegenüberstellung schon ganz anders aus. Die Gesundheitsausgaben stiegen bis 1989 um 104 %, das Bruttosozialprodukt in diesem Zeitraum um 120 %. Man sieht, es ergibt sich ein völlig anderes Bild.

(REINERS 1993, 126)

Der Autor liegt mit dieser Behauptung offenbar richtig. Ebenso unbestreitbar bleibt die immense Summe, die für das Gesundheitswesen jährlich aufgewendet wird.

#### **4.1.2 Veränderung des Krankheitsspektrums**

Neben den Kosten gibt eine weitere Entwicklung Anlaß, das bestehende Gesundheitssystem kritisch zu betrachten. Es handelt sich dabei um das veränderte Spektrum der Mortalitäts- und Morbiditätsercheinungen, die mit Methoden des traditionellen medizinischen Verständnisses kaum zu behandeln sind. Infektionskrankheiten sind nur noch zu ca. 1 % bei den Todesursachen vertreten, womit vordergründig die erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheiten durch die herkömmliche Medizin auffällt. Der britische Medizinhistoriker McKEOWN (1982) konnte jedoch nachweisen, daß die Erfolge der Medizin keineswegs so spektakulär waren wie heute allgemein angenommen. Die Analyse der Daten zu Tuberkuloseerkrankungen zeigt, daß sich der Rückgang der Krankheitsfälle vor dem großflächigen Einsatz wirksamer Seren abzeichnete. Die Eindämmung der Epidemien war demnach weniger den Fortschritten der Medizin als einer besseren Hygiene in den Großstädten zu verdanken. Pointiert formuliert: Die Menschen erkrankten weniger, weil sie insgesamt gesünder leben und nicht, weil die Medizin bessere Instrumentarien entwickelt hat. Die Bedeutung der Medizin soll hiermit lediglich relativiert und

nicht bestritten werden.

Die Todesursachen, die heute primär festgestellt werden, sind zudem von Krankheiten erzeugt, welche sich dem bakteriologischen Denken der Medizin entziehen; Krankheiten also, die nicht auf einen spezifischen, isolierbaren Erreger zurückgehen. Dies gilt insbesondere für chronische Krankheiten. Die Mortalitätsstatistik wird angeführt von Kreislauferkrankungen (ca. 50 %), gefolgt von bösartigen Neubildungen (ca. 23 %) und Erkrankungen der Atmungsorgane (ca. 10 %). Darüber hinaus ist eine Verbreitung von Suchtkrankheiten in allen Altersgruppen anzutreffen. Neben diesen Todesursachen gibt es eine Reihe von Morbiditätserscheinungen, die das Leben oft über Jahre massiv beeinflussen.

#### **4.1.3 Legitimationskrise der Medizin**

Die Medizin wird als die Wissenschaft betrachtet, die für Gesundheit zuständig ist. Durch die o.g. immensen Kosten im Gesundheitswesen, das offensichtlich nicht die hohen Erwartungen erfüllen kann, die in dieses gesetzt werden, gerät die Medizin in die Kritik. Auch die Veränderungen im Krankheitsspektrum lassen Zweifel aufkommen, ob der Medizin weiterhin eine Art Monopolstellung im Gesundheitsbereich zugebilligt werden sollte.

SACHTLEBEN (1992, 20 ff.) macht neben der Kostenexplosion zwei weitere Faktoren für die derzeitige Legitimationskrise der Medizin verantwortlich: Einerseits eine Glaubwürdigkeits- und Vertrauenskrise im Arzt-Patienten-Verhältnis und andererseits therapeutische Konzeptlosigkeit der Mediziner. Dies spiegelt sich im Boom alternativer Heilmethoden. Die Medizin scheint ihr Monopol auf Gesundheit und deren Definition zu verlieren, zumal Mediziner nur Krankheit feststellen können bzw. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit begreifen.

Hier setzt die Kritik am rein biologischen Konzept der Medizin ein: Nicht nur biochemische Vorgänge sind für Krankheit und Gesundheit verantwortlich; vielmehr sind auch auf der sozialen und strukturellen Ebene Faktoren auszumachen, die ein „Wohlbefinden“ mitbestimmen.

Dies zeigt, daß es nicht nur um eine Definition von Gesundheit gehen kann. Vielmehr haben unterschiedliche Individuen ihre je eigenen Theorien über Gesundheit (FALTERMAIER 1994, 201ff.). Neben dieser Erkenntnis wird zunehmend die Bedeutung eines zweiten, verdeckten Gesundheitssystems bewußt. Im Zuge der Selbsthilfebewegung, die am Ende der siebziger und am Anfang der achtziger Jahre in der Öffentlichkeit verstärkt Gehör fand, wurde bereits auf die Bedeutung informeller Netzwerke und auf Laienhilfe hingewiesen, die außerhalb des professionellen Systems Hilfe leisten. Diese sind, wie gezeigt werden konnte, auch im Gesundheitsbereich von großer Bedeutung (GRUNOW, BREITKOPF & GRUNOW-LUTTER 1984; FALTERMAIER 1994).

#### **4.2            Gesundheit: Probleme einer Definition**

Bisher wurde „Gesundheit“ als ein selbstverständlicher Begriff behandelt. Was bedeutet Gesundheit in dem hier interessierenden Zusammenhang überhaupt und wie kann Gesundheit erklärt werden? Auf welchen Gegenstand beziehen sich Gesundheitsförderungskonzepte? Zum Begriff Gesundheit lassen sich zahlreiche Definitionen finden, die in unterschiedlichen Kontexten benötigt und verwandt werden. So gibt es selbstverständlich eine juristische Festlegung dessen, was als Gesundheit, Krankheit, chronische Krankheit oder Behinderung gelten soll. Eine solche Festlegung ist dringend notwendig, um Ansprüche hinsichtlich der Kranken- und Sozialversicherung zu bearbeiten. Gesundheit ist auch Thema soziologischer Betrachtungen, wobei es auch hier (mehrere) Definitionsvorschläge gibt. Psycho-



logische Zugänge interessieren sich für den Bereich der seelischen bzw. psychischen Gesundheit und deren Implikationen (vgl. BECKER 1982, 1 ff.).

Oben wurde kurz angedeutet, daß es Forschungen zu unterschiedlichen subjektiven Auffassungen von Gesundheit gibt. Hier wird deutlich, daß Gesundheitsdefinitionen nicht nur Sache von wissenschaftlichen Disziplinen ist, sondern jedes Individuum seine je eigene Bestimmung von Gesundheit vornimmt. Diese Definitionen sind von der jeweiligen Kultur abhängig, in der ein Mensch aufwächst und lebt: Ein Anden-Indianer hat eine andere Gesundheitsauffassung als ein Europäer (SOMOGYI 1994). Andere Forschungen konnten zudem feststellen, daß in Deutschland Gesundheit eher mit Krankheit in Verbindung gebracht wird als in asiatischen Ländern (SCHAEFER 1990). Zudem sind die jeweiligen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit historisch nicht stabil, d.h. sie verändern sich mit dem kulturellen und sozialen Wandel (SCHIPPERGES 1990).

In der einschlägigen Literatur beziehen sich die Autoren vornehmlich auf die WHO-Definition von 1948:

Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.

(WHO 1948 zit. n. FALTERMAIER 1994, 56)

Diese Definition ist sehr optimistisch, wenn nicht utopisch und widerspricht dem Ansatz des medizinischen Modells, Gesundheit als Abwesenheit von krankhaften Schädigungen der Organe zu definieren. Gesundheit ist auf der Grundlage einer solchen Festschreibung zudem nicht quantifizierbar; was bedeutet, daß der Gesundheitszustand von Einzelpersonen oder ganzen Bevölkerungsgruppen nicht objektiv darstellbar ist.

### **4.3            Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung**

Der Begriff der Gesundheitserziehung wird allmählich von dem der Gesundheitsförderung abgelöst, der in den letzten Jahren eine erhebliche Verbreitung erlebte. FRANZKOWIAK & WENZEL (1990) bezeichnen ihn sogar als Trendbegriff.

Die Einführung des Begriffs der Gesundheitsförderung beginnt gegen Ende der siebziger Jahre: Die WHO-Konferenz in Alma-Ata im Jahre 1978 verabschiedete das „Primary Health Care“-Konzept, das die Gesundheitspolitik und das Gesundheitswesen auf Prävention verpflichtete. Die stärker werdende Verbreitung von chronisch-degenerativen Erkrankungen (auch als Zivilisationskrankheiten bezeichnet), sollte vorrangig verhindert werden. Dies schien mit den Programmen der Gesundheitserziehung kaum noch leistbar. Gesundheitserziehung zielte primär auf die Veränderung individuellen Verhaltens. Entsprechende Programme beruhten auf einem biomedizinischen Krankheitsmodell mit stark behavioristischer Ausrichtung. Sie hatten bereits gegen Ende der siebziger Jahre erhebliche Akzeptanzprobleme, da sie häufig von einer Unmündigkeit oder Unwissenheit der Adressaten über „richtiges“ Verhalten ausgingen. Das zugrundeliegende Experten-Laien-Verhältnis im Gesundheitsbereich wurde von Vertretern der Selbsthilfebewegung heftig kritisiert.

Mit der Gesundheitsförderung schien ein neuer Zugang möglich. In Erweiterung der ursprünglichen Verpflichtungen von Alma-Ata kam es auf internationaler Ebene zur Verabschiedung der sogenannten Ottawa-Charta der WHO im Jahre 1986:

Gesundheitsförderung bedeutet, Menschen fähig zu machen, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen und zu verbessern. Um einen Zustand vollen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, muß ein Individuum oder eine Gruppe fähig sein, Ziele zu erreichen, Bedürfnisse zu befriedigen und mit der Umwelt zurechtzukommen. Gesundheit ist also ein Grundmittel

des täglichen Lebens, nicht das Ziel des Lebens. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die sozialen und persönlichen Möglichkeiten ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Gesundheitsförderung ist deshalb nicht nur Sache des Gesundheitssektors, sondern betrifft über einen gesunden Lebensstil hinaus auch das Wohlbefinden.

(FRANZKOWIAK & SABO 1993, 96)

Gesundheitsförderung ist dementsprechend nicht nur eine individuelle, sondern auch eine politisch-administrative Aufgabe. Eine Konkretisierung dieses Anspruches ist das Gesunde-Städte-Projekt der WHO (WHO-HEALTHY CITIES PROJECT 1988; TROJAN & HILDEBRANDT 1991). Die große Interpretationsbreite der ursprünglichen WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden wird von der Ottawa-Charta nur wenig eingeschränkt. Gesundheit ist nicht das Ziel, sondern grundlegende Bedingung eines befriedigenden Lebens. Gesundheitsförderung soll diese Grundbedingung ermöglichen. Bezieht man diesen Auftrag auf das Selbstverständnis der Sozialpädagogik, so ist letztlich jede Form der Sozialen Arbeit Gesundheitsförderung. Die Zuständigkeit für Gesundheit ist durch diese Auslegung nicht länger alleinige Sache der Medizin. Vielmehr wird von einigen Autoren sogar ein Gegensatz von Medizin und Gesundheitsförderung konstruiert. ABHOLZ (1991) schreibt z.B.: „Gesundheitsförderung und das Konzept moderner Medizin sind zu weiten Teilen konzeptionelle sich ausschließende Formen des Umgangs mit Krankheit und Gesundheit“.

Um Gesundheit fördern zu können, müssen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und/oder Krankheit aufgezeigt werden. Dabei sind drei Erklärungsmodelle geeignet: das Risikofaktorenmodell, das Modell der Salutogenese und das Modell der Lebensweisen.

#### 4.3.1 Risikofaktorenmodell

Das Risikofaktorenmodell stellt dar, welche Einflüsse bei Individuen Krankheiten auslösen können. Es werden verschiedene Indikatoren gesucht, an deren Auftreten die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung abgelesen werden kann. Im Umkehrschluß bedeutet dies, daß das Risiko einer Erkrankung sinkt, sobald ein Indikator nicht mehr vorhanden ist. Risikofaktoren werden auf verschiedenen Ebenen ermittelt. Primäre Risikofaktoren beziehen sich auf biologische Gegebenheiten, sekundäre auf das individuelle Verhalten und tertiäre auf sozial-strukturelle Einflüsse. In der pädagogischen Rezeption wurde und wird dieses Modell häufig im Zusammenhang mit sekundären Risikofaktoren rezipiert. Grundidee ist, daß Krankheiten durch risikoreiche Verhaltensweisen und Angewohnheiten befördert oder ausgelöst werden können. Eine Veränderung des Verhaltens kann demnach zu einem „gesünderen“ Leben führen.

Der Begriff des Risikos ist damit enger gefaßt als im Ansatz der Risikogesellschaft oder in seiner sozialpädagogischen Rezeption. Im Risikofaktorenansatz steht riskantes Verhalten in direktem Bezug zur eigenen Gesundheit. Der bisher eingeführte Risikobegriff sieht Risikoverhalten auch in einem Bezug zu anderen Individuen (s.o.).

Paradigmatisches Beispiel ist das Rauchen, das als Risikofaktor für verschiedene Krankheiten gesehen wird. Die (weltweit vorfindbaren) Warnhinweise auf Zigarettenpackungen über die Schädlichkeit des Rauchens dürften allgemein bekannt sein. Weitere Risikofaktoren sind ungesunde fettreiche Ernährung, zu wenig Bewegung, erhöhter Alkoholkonsum usw. Die Prognose einer Erkrankung kann dabei nur auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeitsaussagen erfolgen. SACHTLEBEN (1992, 46) bescheinigt dem Risikofaktorenmodell im Bereich der Infarkte eine Vorhersagewahrscheinlichkeit von 40%.

Gesundheitsförderung auf der Grundlage des Risikofaktorenmodells versucht, die Schädlichkeit riskanter Verhaltensweisen zu verdeutlichen und appelliert an die Einsicht der Betroffenen. Besonders gegen Ende der siebziger und zu Beginn der achtziger Jahre wurde dies mit Abschreckungskampagnen versucht, in denen drastische Folgen des Rauchens oder Alkoholkonsums bildlich zur Darstellung kamen. Diese Konzeption erwies sich schon bald als ineffektiv, da eher Angst als Einsicht aufkam. Das Risikofaktorenmodell beachtet die subjektive Nützlichkeit schädlichen Verhaltens nicht. Zudem wird zu stark auf die sekundären Faktoren abgehoben, womit die biologischen und strukturell gegebenen Einflüsse wie Arbeits- und Lebensbedingungen zu sehr außer acht gelassen werden.

Die Artikulation von riskantem Verhalten einerseits und „richtigem“ andererseits, beruht auf Expertenmeinungen. Praktisch ist eine Umsetzung der Ratschläge verbunden mit kaum durchschaubaren Maßnahmen und Verhaltensänderungen. „Richtiges“ Verhalten erhöht lediglich die Wahrscheinlichkeit, nicht zu erkranken. Der angestrebte Gesundheitseffekt - sofern er überhaupt spürbar wird - ist ferner nur in langen Zeiträumen zu identifizieren, was zu Passivität und Enttäuschung führen kann.

Das Risikofaktorenmodell erscheint - soweit es sich ausschließlich auf die Ebene des Verhaltens konzentriert - für die Sozialpädagogik kaum sinnvoll. Primäre und tertiäre Risikofaktoren sollten aber durchaus Beachtung finden.

#### **4.3.2 Salutogenese**

Die Fragestellung des israelischen Gesundheitsforschers ANTONOVSKY ist dem genau entgegengesetzt. Ausgangspunkt des Konzeptes der Salutogenese (ANTONOVSKY 1997) ist die Frage, warum Men-

schen trotz erheblicher Streßfaktoren gesund bleiben. Er plädiert für eine Gesundheitsforschung gegenüber der bisher praktizierten Krankheitsforschung (ANTONOVSKY 1993). Diese neue Sicht erstaunt zunächst, eröffnet aber einen fruchtbaren Zugang zur Gesundheitsproblematik angesichts der Umstände, unter denen ANTONOVSKY seine Forschungen durchführte: Als Gesundheitsforscher in seinem Heimatland untersuchte er Personen, die trotz schwerer Traumatisierungen in deutschen Konzentrationslagern ein durchaus gesundes und zufriedenes Leben führten (ANTONOVSKY 1991, 199 f.)

Es müssen neben den risikoreichen Verhaltensweisen und Lebensumständen noch andere Faktoren dafür verantwortlich sein, warum ein Mensch krank oder gesund ist. Gesundheit und Krankheit sind für ANTONOVSKY die Endpunkte eines Kontinuums, d.h. jeder Mensch ist mehr oder weniger gesund bzw. mehr oder weniger krank. Die Position des Individuums zwischen den Polen hängt von den Stressoren ab, denen es ausgesetzt ist und von deren Bearbeitung. Damit sind nicht nur extreme Krisen und Traumatisierungen (life events) gemeint, sondern auch die „daily hassles“, also alltägliche Ärgernisse wie ein Verkehrsstau oder ein abstürzendes Computerprogramm.

Zentraler Begriff des Salutogenesemodells ist der Begriff des „sense of coherence“ (SOC), der häufig mit Kohärenzsinn übersetzt wird. ANTONOVSKY definiert den SOC als

eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Vertrauens darin ausdrückt, daß

1. die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung im Lauf des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die

ein inneres und äußeres Engagement lohnen.  
(Ebd., 127)

Das „richtige“ Verhalten im Sinne des Risikofaktorenmodells reicht somit für ein gesundes und zufriedenes Leben nicht aus. Wichtig ist das Vertrauen und die Sicherheit, prekäre Situationen durch die Nutzung bestehender individueller Ressourcen und informeller Netzwerke meistern zu können.

#### **4.3.3 Modell der Lebensweisen**

Das Modell der Lebensweisen besitzt im theoretischen Ansatz eine unübersehbare Nähe zum Alltagsweltansatz in der Sozialpädagogik wie ihn etwa THIERSCH (1986) entfaltet hat. Eine genaue Aufarbeitung der Parallelen und Brüche beider Ansätze wurde jedoch noch nicht geleistet und gehört daher zu den Desideraten der Gesundheitsdiskussion in der Sozialpädagogik.

Das Modell der Lebensweisen lenkt den Blick auf die individuelle Bedeutung des Verhaltens. Dabei wird beachtet, daß Wohlbefinden nur im Kontext des Individuums zu verstehen ist. Dadurch wird ein Verhalten nach seiner funktionalen Bedeutung für die individuelle Lebensgestaltung befragt.

Dies gilt auch für Verhalten, das nach dem Risikofaktorenmodell als schädlich einzuordnen ist. Riskantes Verhalten kann durchaus sinnvoll sein und eine individuell positiv erlebte Funktion besitzen. Das bereits erwähnte Rauchen ist nach dem Risikofaktorenmodell eine per se schädliche Angewohnheit, die es zu ändern gilt. Das Modell der Lebensweisen fragt hingegen, welche Funktion dieses Verhalten z.B. bei Jugendlichen beinhaltet. Es wird aufgrund dieser Sichtweise weniger als schädlich, sondern z.B. als Statusverhalten betrachtet, mit dem der

individuelle Übergang in die Erwachsenenwelt markiert wird. Eine „Verteufelung“ dieses Verhaltens im Sinne des Risikofaktorenmodells hätte wahrscheinlich kaum zählbare Effekte in Richtung eines Wechsels des Verhaltens. Das Lebensweisenmodell ermöglicht hingegen einen differenzierteren Zugang zum Problem.

Das Lebensweisenmodell bleibt zudem nicht auf die individuelle Ebene beschränkt. Verhalten wird auch im Sinne von Gruppenstilen oder subkulturellen Eigenheiten analysiert. Ein weiterer Vorteil des Lebensweisenmodells liegt in der neuen Perspektive für die compliance-Problematik. Der Begriff compliance umreißt die Mitwirkung des Patienten an den kurativen Maßnahmen des Arztes. Analysen zeigen, daß eine beträchtliche Menge von Medikamenten nicht richtig eingenommen wird oder sogar im Müll landet. Das Lebensweisenmodell betrachtet die Arzt-Patienten-Beziehung in neuer Perspektive, die mit der traditionellen Definition dieser Beziehung als Kommunikation zwischen einem Experten und einem Laien bricht.

#### **4.4        Fazit**

Gesundheitsförderung bezeichnet ein expandierendes Feld, das auch von offizieller Seite gefördert wird. Dabei sollte beachtet werden, daß Programme des „New Public Health“ ihren Ausgangspunkt in der Kritik an der (wie auch immer definierten) Kostenexplosion im Gesundheitswesen haben. Der Verdacht liegt nahe, daß Gesundheitsförderung im neuen Zuschnitt nur insoweit gefördert wird, als sie zur Kostendämpfung beiträgt. Die Abschwächung der Dominanz einer individualmedizinischen und kurativen Orientierung im Gesundheitsbereich zugunsten einer neuen Präventionspolitik konnte trotz der Reformbestrebungen im Gesundheitsreformgesetz von 1988 bzw. im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 nicht erreicht werden (HÖRMANN 1997, 12).



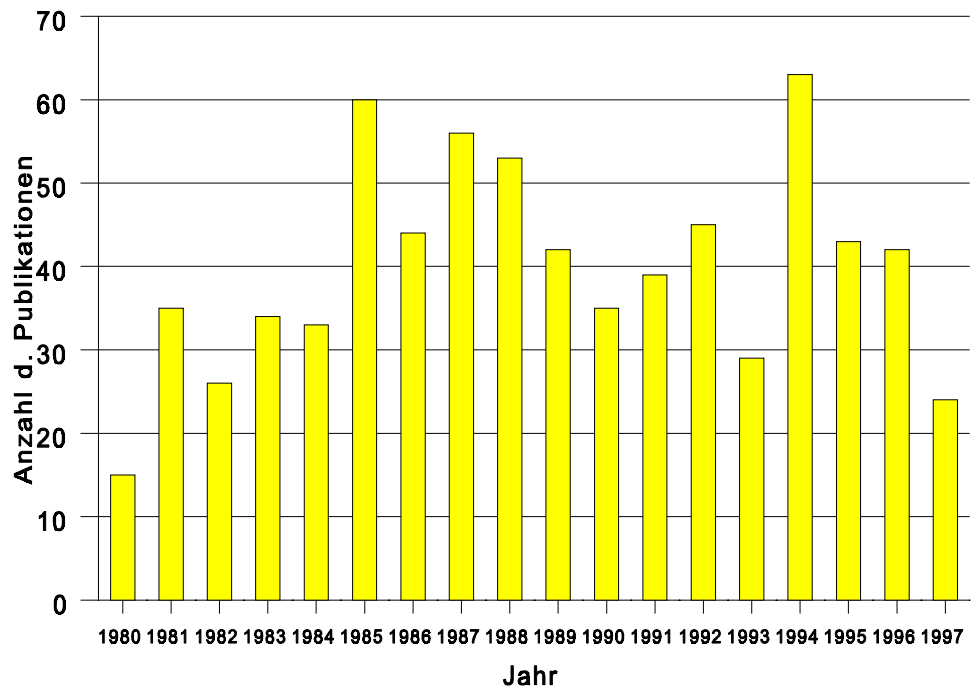
Die Expansion der Gesundheitsförderung und das Aufgreifen dieses Themas in der Sozialpädagogik ist auch verbunden mit der Kritik am biologischen Gesundheitsmodell der Medizin. Eine Diffamierung dieses Modells sollte jedoch nicht erfolgen, da die Thematisierung sozialer Bedingungsfaktoren zur Klärung von Gesundheit und Krankheit allein nicht ausreicht.

Feststellbar ist eine Wendung von der Gesundheitserziehung, die Risikoverhalten ändern will, zu einer Gesundheitsförderung, die riskantes Verhalten nach seinem Sinn befragt und diesem u.U. positive Effekte zuspricht. Die gewandelte Auffassung von Gesundheit stellt das individuelle Wohlbefinden in den Vordergrund. Es ist eine Wendung von der Askese zum Hedonismus. Die damit verbundenen Implikationen werden im Abschnitt über das sich wandelnde Klientenbild (9.3.4) unter dem Stichwort „Healthismus“ näher behandelt.

Das Risikofaktorenmodell und ANTONOVSKYS Ansatz der Salutogenese bereiten in der praktischen Umsetzung Schwierigkeiten. Risikofaktoren sind nicht eindeutig zu ermitteln. Ein „gesundes“ Leben, das möglichst viele Risiken ausschließt und vermeidet, erhöht lediglich die Wahrscheinlichkeit, nicht zu erkranken. Das Risikofaktorenmodell gilt, sofern es sich ausschließlich auf die sekundäre Ebene bezieht, als gescheitert.

Die positive Wendung des Gesundheitsbegriffes im Ansatz der Salutogenese kann ebenfalls in der Praxis kaum umgesetzt werden. Gesundheitsförderung bleibt auf die Verhinderung von Krankheit ausgerichtet und beschränkt sich auf die Vermeidung krankmachender Einflüsse. Dies zeigt auch ein Blick auf die Menge der Publikationen zu diesem Thema: Der Salutogeneseansatz wird zwar häufig in seinen Grundideen diskutiert und dargestellt, Literatur über Forschungsergebnissen zu diesem Thema gibt es jedoch kaum. Demgegenüber wird zum Thema „Gesundheitsrisiko“ relativ viel publiziert und geforscht.

Abbildung 5 zeigt - wiederum auf der Grundlage einer SOLIS-Nachfrage - die (quantitative) Literaturlage zum Thema. Die Verlaufsform ähnelt der in Abb. 3, die die Literaturlage zum Stichwort „Gesundheit“ darstellt. Vermutlich sind die gleichen Gründe dafür verantwortlich.



**Abbildung 5: Publikationen zum Stichwort „Gesundheitsrisiko“. Eigene Darstellung; Quelle: SOLIS**

Unklar bleibt das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Sozialpädagogik, obgleich sich die Sozialpädagogik vermehrt mit diesem Thema beschäftigt. Die These, Soziale Arbeit sei per se Gesundheitsförderung, scheint zu plakativ und ist noch nicht ausreichend belegt. Unumstritten ist die Verwandtschaft sozialpädagogischer Ansätze mit der neuen Form der Gesundheitsförderung (besonders im Bereich des Empowerments [HERRIGER 1991; STARK 1996]). FRANZKOWIAK (1998) schlägt vor, Gesundheitsförderung als Bindeglied von Sozialer Arbeit und Gesundheitswissenschaft(en) zu betrachten. Auch dies ist jedoch noch nicht ausreichend untersucht und gehört zu den Desideraten der Forschung in diesem Bereich.

## **5 Methodologische Vorüberlegungen**

Das Ziel meiner Arbeit ist es, den sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit nachzuzeichnen und angemessen abzubilden. Aufgrund dieser Aufgabenstellung ist es nicht möglich, konkrete Diskurselemente ex ante zu formulieren, da diese im Rahmen der Untersuchung ermittelt werden sollen. Es ist demnach kaum möglich, einen Fragebogen zu konzipieren, in dem eine Auswahl von Themen und Diskussionsschwerpunkten der Sozialpädagogik im Gesundheitsbereich von ausgewählten Personen bewertet werden: Genau diese Themen und Diskussionschwerpunkte sind mir noch nicht bekannt! Im Gegenteil: Die Untersuchung soll zur Ermittlung dieser Themen führen. Die Studie wird daher explorativen Charakter haben und zur Formulierung von Hypothesen dienen. Das Untersuchungsmaterial besteht aus einer Auswahl von Aufsätzen und Beiträgen aus sozialpädagogischen Fachzeitschriften. Ich arbeite mit einem qualitativen Verfahren.

### **5.1 Ansätze zur Sozialforschung: Qualitativ vs. quantitativ?**

Das Untersuchungsmaterial der vorliegenden Arbeit wurde mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) ausgewertet. Diese Analysetechnik ist in der deutschsprachigen Fachliteratur neben dem aufwendigen Verfahren der Objektiven Hermeneutik (OEVERMANN et al. 1979; OEVERMANN 1989) sicher einer der am häufigsten referierten und angewandten Verfahren. Nach Durchsicht der einschlägigen Literatur habe ich den Eindruck, daß in vergleichbaren anglo-amerikanischen Forschungszusammenhängen die sog. „grounded theory“ (GLASER & STRAUSS 1979; STRAUSS 1991) bevorzugt wird, die nach anfangs eher geringer Beachtung nun auch zunehmend im deutschsprachigem Raum Verbreitung und Anwendung findet.

Diese qualitativen Verfahren waren in der einschlägigen Literatur häufig dem Vorwurf ausgesetzt, sie seien kaum nachvollziehbar und sogar

von Beliebigkeit geprägt. Dies schränke die Aussagekraft sehr ein, zumal die klassischen Gütekriterien des quantitativen Paradigma - Objektivität, Reliabilität und Validität - im Forschungsprozeß wenig Anwendung fanden. Dezierte Kritik an der Praxis qualitativer Forschung findet sich selbst in Anmerkungen von Vertretern qualitativer Verfahren: Ein von LÜDERS & REICHERTZ (1986) verfaßter Artikel trägt den bezeichnenden Titel „Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum - Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung“, der in der Folge seines Erscheinens ausführlich debattiert wurde. Die Autoren bescheinigen qualitativ arbeitenden Forscherkollegen u.a., daß „... die Forschungspraxis bei diesem Forschungstyp meist erstaunlich blauäugig bzw. methodologisch unreflektiert“ bleibt (ebd., 92).

Prämisse eines Vergleichs qualitativer und quantitativer Forschung ist, daß ein begründbarer Unterschied zwischen beiden Forschungstypen gemacht werden kann. MAYRING (1995, 19 f.) entwickelt in diesem Zusammenhang ein Phasenmodell und kommt zu dem (wenig überraschenden) Ergebnis, daß in jedem Forschungsprozeß sowohl quantitative als auch qualitative Phasen aufeinanderfolgen und sich gegenseitig bedingen. Daß eine Methodenverknüpfung befruchtende Wirkungen hat, wird auch von Vertretern quantitativer Methoden hervorgehoben, die die Notwendigkeit besonders im Bereich der Hypothesengenerierung betonen (BORTZ 1984, 221 f.; ALLESCH & KEUL 1995, 698 f.).

Die Diskussion um das Primat quantitativer oder qualitativer Methoden in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist weniger ein forschungspraktisches Problem, als vielmehr in methodologischen Prinzipien angelegt. Im sogenannten „Positivismusstreit“ (ADORNO et al. 1972) wurde darüber diskutiert, ohne jedoch forschungspraktische Perspektiven zu eröffnen, da die Positivismuskritik vornehmlich auf erkenntnistheoretische und sozialphilosophische Probleme beschränkt blieb (vgl. BERGER 1980, 14).

Eine strikte Trennung von qualitativen und quantitativen Vorgehen ist

bei differenzierter Betrachtung kaum haltbar und führt schließlich zu unfruchtbaren Kontroversen. Daß trotzdem über Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Forschungszugänge diskutiert wird, ist nur historisch und mit Bezug auf die Interessen der Vertreter der jeweiligen Richtung zu klären (VON KARDORFF 1995, 3 ff.; KLEINING 1995, 11 ff.).

Der Ausgangspunkt eines Vergleiches bzw. einer Trennung von quantitativer und qualitativer Forschung ist im jeweiligen Zugang zum Forschungsgegenstand angelegt. Es ist jedoch schwierig, die quantitative Methodologie plakativ als „positivistisch“ zu bezeichnen. Einerseits wird diese Bezeichnung von Vertretern des quantitativen Paradigmas als problematisch und wenig treffend empfunden (OPP 1995, 72 f.). Andererseits beziehen sich qualitativ arbeitende Forscher wie OEVERMANN et al. (1979) ausdrücklich auf Parallelen im Hinblick auf die Wissenschaftsauffassung im Sinne POPPERS. Damit verweisen sie auf den Kritischen Rationalismus, der positivistisch ausgerichtet ist (ebd., 382, 391; KÜCHLER 1980, 382 ff.).

Qualitative Forschung hingegen besitzt ihre Orientierung vornehmlich in der „Natural Sociology“, dem Symbolischen Interaktionismus oder der Ethnomethodologie. Diese Strömungen einer „interpretativen Soziologie“ verstehen sich als alternativer Ansatz zum „Positivismus“ oder zur „strukturellen Soziologie“. EICKELPASCH (1994) beschreibt diesen „soziologischen mainstream“ aus der Sicht interpretativer Ansätze:

Gemeinsam ist den verschiedenen Strömungen innerhalb des soziologischen mainstream ein an dem naturwissenschaftlichen Methodenideal orientiertes Gegenstands- und Methodenverständnis. Gesellschaftstheoretisch wird von einem nichthintergehbaren Primat sozialer Strukturen gegenüber dem subjektiv-sinnhaften Handeln von Individuen ausgegangen. Alles Soziale folgt demnach überindividuellen Regeln und Gesetzen, die hinter dem Rücken der Menschen, aber durch ihr Handeln hindurch wirksam werden, ohne daß dieses Determinationsverhältnis aufgebrochen werden könnte. Handeln erscheint in dieser Perspektive als mechanistisch, situationsunabhängig und unflexibel, deter-

miniert von bestimmten Normen, die der einzelne nur zu aktualisieren habe.

(Ebd., 119)

Diese überindividuellen Regeln und Gesetze betreffen auch die Kommunikation zwischen Individuen. Dies hat forschungspraktische Relevanz, da ein jeweils anderer Zugang zu Äußerungen und Texten von Individuen gewählt werden muß. Während „mainstream-Forscher“ nach den Regeln suchen, die „hinter dem Rücken der Menschen“ wirksam sind und damit ihre Forschung nomothetisch ausgerichtet ist, haben „interpretative Forscher“ einen anderen Zugang zum Material. Ihnen geht es um das Verstehen im individuellen Kontext, um die Klärung der jeweiligen Bedeutung des Gesagten oder Geschriebenen für die untersuchten Personen. Der Zugang ist somit idiographisch. Dies wird für die unterschiedlichen Konzeptionen der Inhaltsanalyse (s.u.) noch einmal von Bedeutung sein.

Die anglo-amerikanischen Ansätze innerhalb des „interpretativen Paradigmas“ haben aus gemeinsamen Ursprüngen jeweils eigene Forschungsperspektiven und -methoden herausgebildet. Forschungspraktische Impulse für den deutschsprachigen Raum gaben sie jedoch über einen Umweg. Erst die Beschäftigung der ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (1973 ab) um MATTHES und SCHÜTZE zu Beginn der 70er Jahre machten die bereits vorliegenden grundlegenden amerikanischen Arbeiten von GARFINKEL, CICOUREL und anderer Vertreter einer breiten (Wissenschafts-) Öffentlichkeit bekannt. Erst von hier aus begann die Diskussion um forschungspraktische Initiativen. SCHÜTZE gilt auch heute noch als führender Vertreter qualitativer Forschung und betreibt schwerpunktmäßig Forschungen im Bereich der Sozialarbeit (z.B. SCHÜTZE 1997).

## 5.2 Qualitative Forschungspraxis

Während MAYRING (1989) an anderer Stelle von einer „qualitativen Wende“, spricht, ist LÜDERS (1993) im Rahmen eines Überblicks über neuere Veröffentlichungen zum Thema qualitativer Sozialforschung vorsichtiger. Er ist der Ansicht, daß „... der Versuch, Überblicksdarstellungen und *allgemeine* Einführungen in die qualitative Sozialforschung zu schreiben, zu früh kommt.“ (LÜDERS 1993, 346; Hervorhbg. i. Org.). LÜDERS' Einschränkung bezüglich „allgemeiner Einführungen“ entbehrt sicher nicht einer gewissen Grundlage. Seine Rezension fällt jedoch insgesamt positiv aus. Nimmt man die Meinung von (kompetenten) Rezensenten als Indikator, scheint eine deutliche Verbesserung der Fachliteratur zum Thema zu verzeichnen zu sein: Eine ähnliche Rezension (KÜCHLER 1980) zur früheren Literaturlage fiel wesentlich kritischer aus. KÜCHLER beendet seine Ausführung bezeichnenderweise mit einem Satz, der nur aus dem Wort „Schade“ bestand.

Mittlerweile kann nach verschiedenen Höhepunkten der Rezeption und Thematisierung qualitativer Forschungsansätze (GARZ & KRAIMER 1991, 6 ff.; LAMNEK 1993a, 30 ff.) davon ausgegangen werden, daß qualitative Methoden allgemein anerkannt sind; obwohl - oder gerade weil - sie vom Standpunkt traditionell quantitativ arbeitender Forscher ein „attraktives Ärgernis“, (MILES 1983, zitiert n. HUBER 1992, 8) darstellen.

In einer Chronologie qualitativer Sozialforschung stellt LAMNEK (1993a, 30 ff.) rückblickend fest, daß die

(...) ursprüngliche Zurückhaltung und „Schüchternheit“ sowie die anfänglichen Such- und Klärungsprozesse (..) in der zweiten und dritten „Generation“ qualitativer Sozialforscher meist einem strotzenden Selbstbewußtsein gewichen [sind].

(Ebd. 32)

Auch derzeit ist eine weitere Phase erhöhten Interesses an qualitativer Sozialforschung zu verzeichnen, die sich in der Publikation einer Reihe von Lehrbüchern widerspiegelt (z.B. SPÖHRING 1989; HUBER 1992;

LAMNEK 1993ab; MAYRING 1993; FLICK et al. 1995). Ausdrücklich zu erwähnen sind das von FRIEBERTSHÄUSER & PRENGEL (1997) herausgegebene Handbuch, das auf ca. 900 Seiten über qualitative Forschungsmethoden informiert und einen expliziten Bezug zur erziehungswissenschaftlichen Forschung herstellt sowie die Veröffentlichung von JAKOB & VON WENSIERSKI (1997), die sozialpädagogische Forschungsperspektiven in den Vordergrund stellen.

Um den o.g. Vorwürfen, z.B. der mangelnden Nachvollziehbarkeit die Grundlage zu entziehen, sollten Arbeiten, die sich qualitativer Verfahren bedienen um eine möglichst genaue Wiedergabe ihres Vorgehens bemühen. Dieser Forderung versuche ich in der vorliegenden Arbeit zu genügen, was den Umfang des Anhangs erklärt.

Nachfolgend bemühe ich mich um die Darstellung der Prämissen qualitativer Sozialforschung, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind. Verweise auf die Praxis quantitativer Forschung erfolgen nur dann, wenn es das Verständnis erleichtert. Dies bedeutet, daß ich keine Gegenüberstellung quantitativer und qualitativer Forschungsgrundsätze leiste, wie sie z.B. bei LAMNEK (1993a, 218-244) nachzulesen sind.

### **5.3            Offenheit des Prozesses als zentrale Forderung der qualitativen Methodologie**

Das Prinzip der Offenheit des Forschungsprozesses ist eines der zentralen Anliegen qualitativer Methodologie. Offenheit meint hier die Bereitschaft und die Fähigkeit des Forschers, Erkenntnisse und Informationen, die erst im Ablauf gewonnen oder bemerkt werden, in den weiteren Forschungsprozeß miteinzubeziehen. Die Offenheit zeigt sich in der Art und Weise, wie im Forschungsgang Hypothesen zur Generierung und Überprüfung gelangen. Auch hier besteht ein Gegensatz von qualitativer und quantitativer Forschungspraxis nur bei der Annahme idealtypischer Positionen. Es ist in dieser Hinsicht entscheidend, wie Informationen und



Erkenntnisse den weiteren Forschungsgang beeinflussen, die erst im laufenden Forschungsprozeß gewonnen werden. Die Offenheit des Forschungsprozesses habe ich auch bei der Analyse der Zeitschriftenbeiträge als hilfreich empfunden. Durch die wiederholte Beschäftigung mit dem Material wurden zahlreiche neue Zusammenhänge deutlich.

*Exkurs:* Quantitative Forschung wird in diesem Zusammenhang primär als hypothesentestend, qualitative als primär hypothesengenerierend verstanden. An einem Beispiel möchte ich dies verdeutlichen: Ein testendes Verfahren würde mit bereits formulierten Hypothesen an das Material herangehen. Etwa: „Wenn man die Häufigkeit der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung betrachtet, dann wird man eine gleich große Häufigkeit feststellen“. Womit vermutet wird, daß keiner der Begriffe signifikant häufiger gebraucht wird. Anhand dieser Hypothese müßte das Material durchgesehen werden und mittels einer Strichliste die Häufigkeit der Begriffe zur Ermittlung kommen. Anschließend wäre mittels eines statistischen Verfahrens die Signifikanz festzustellen, die die Hypothese bestätigt oder verwirft. Der Vorteil ist die intersubjektive Überprüfbarkeit. Jeder andere Interessierte könnte mit der gleichen Hypothese, dem gleichen Material und dem gleichen statistischen Verfahren zum gleichen Ergebnis gelangen.

Qualitative Verfahren gehen nicht in dieser Form an das Material heran. Zwar hat auch hier der Forscher eine bestimmte Vorstellung, wie das Verhältnis der Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sein könnte, der Umgang mit diesem Wissen oder diesen Vermutungen ist jedoch anders gelagert. Eine Beschäftigung mit dem Material könnte vermutlich zu dem Ergebnis kommen, daß die Begriffe ähnlich häufig benutzt werden, daß sich jedoch eine inhaltliche Verschiebung der Bedeutungen feststellen läßt: Gesundheitserziehung in den späten siebziger Jahren meint etwas anderes als in den frühen neunziger Jahren. Es könnte auch die Erkenntnis erfolgen, daß die Begriffe in der Mitte der achtziger Jahre synonym verwendet wurden, gegen Ende der achtziger Jahre allerdings zur Abgrenzung verschiedener Konzeptionen im Gesundheitsbereich dienen.

HOFFMANN-RIEM (1980) hat das Prinzip der Offenheit in einer heute noch allgemein akzeptierten Form formuliert. Auch ihre Auffassung wird

von einer kritischen Einstellung und Bewertung des quantitativen Paradigmas getragen, das sie als "methodologischen Hauptstrom" bezeichnet. Die Praxis eines neuen Forschungstypus, der einem methodologischen Gegenstrom gleicht, soll von anderen Prinzipien gekennzeichnet sein:

Das Prinzip Offenheit besagt, daß die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat.

(Ebd., 343)

Während Forscher, die sich dem o.g. methodologischen Hauptstrom verpflichtet fühlen, im Forschungsprozeß relativ schnell zentrale Begriffe operationalisieren und zu testende Hypothesen formulieren, betont das Prinzip der Offenheit eine andere Schwerpunktsetzung. Die Phase der Exploration des Gegenstandes soll nicht schon in einem frühen Stadium enden, wie es in quantitative Verfahren die Regel ist. Es besteht dabei die Gefahr, zahlreiche interessante Zusammenhänge zu übersehen. Qualitative Verfahren betonen die Notwendigkeit einer genauen Exploration bei gleichzeitiger Ablehnung einer „Hypothesenbildung ex ante“. Erst eine intensive Beschäftigung mit dem Forschungsgegenstand erlaubt es, differenzierte Hypothesen zu generieren und formulieren.

Dieser Annahme wird sicher jeder quantitativ arbeitende Forscher zustimmen können, jedoch bleibt innerhalb eines qualitativen Designs die Möglichkeit offen, bereits bestehende Annahmen und Hypothesen zu verfeinern, zu modifizieren oder zu ändern. Dies ist - streng methodologisch betrachtet - bei einer bereits formulierten Null-Hypothese im quantitativen Forschungsgang nicht möglich.

Längst ist es jedoch Forschungsalltag, daß während der Untersuchungen neue interessante Aspekte auftauchen, die mit ausgewertet werden sollen. Hier nun zu mögeln, wie es meist geschieht, und im Forschungsbericht zu schreiben, man hätte darüber bereits eine Hypothese gehabt, ist natürlich unlauter.

(MAYRING 1993, 16)

Die Kritik richtet sich also gegen vorab formulierte Hypothesen, die entwickelt wurden, ohne daß eine intensive Beschäftigung mit dem Untersuchungsgegenstand durch Durchführung kam. GLASER & STRAUSS (1979) fordern daher radikal, daß Forscher möglichst gar keine Informationen über den Forschungsgegenstand besitzen sollten, bevor sie sich damit beschäftigen.

Dies ist meiner Meinung nach ebenso zu kritisieren, wie die Feststellung LAMNEKS (1993a, 22), daß bei qualitativen Projekten die theoretische Durchdringung des Forschungsfeldes zurückgestellt wird. Ich gebe ein forschungspraktisches Problem zu bedenken: Beide Positionen übersehen, daß sich Forscher bereits vor der Untersuchung eines beliebigen Zusammenhanges - zumindest implizit - Gedanken über den Forschungsablauf, -gegenstand usw. machen müssen. Bevor also der eigentliche Forschungsprozeß beginnt, sind eine Reihe von Entscheidungen gefallen. Diese sind z.T. nah am Forschungsgegenstand, wie die genaue Fragestellung oder etwas entfernter, wie das individuelle Interesse, die zur Verfügung stehenden Ressourcen, Definitionen in Anträgen zur Bewilligung von Forschungsgeldern usw.

KNORR-CETINA (1991) hat eine entsprechende Kritik zur Produktion naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in dem Versuch einer Anthropologie der Naturwissenschaft verdichtet. Zentrale Punkte ihrer Kritik sind auf den hier relevanten Sachverhalt übertragbar. Daß alltagstheoretische Annahmen, Vorurteile usw. gegenüber dem Thema und Gegenstand vorliegen, sollte dem Forscher bewußt sein - ohne daß dadurch schon dargelegt wäre, *welche* impliziten Positionen unterschwellig sein könnten. Bleibt eine solche Vergewisserung aus, besteht leicht die Gefahr, daß der Forschungsprozeß beim Verzicht auf die Explikation von Annahmen und Vermutungen von impliziten Vorurteilen geleitet wird. Hier greift zweifellos auch die Kritik des quantitativen Paradigmas bezüglich der intersubjektiven Überprüfbarkeit von Ergebnissen.

Eine Trennung von qualitativ und quantitativ ist meiner Ansicht nach

unglücklich, trotzdem sollen diese Bezeichnungen im weiteren beibehalten werden, da sie ein allgemein bekanntes Begriffspaar darstellen. Die Festlegung eines neuen Begriffs würde dementsprechend zu einer Begriffsverwirrung führen, zumal auch in meinem Vorgehen eine Methodenkombination erfolgt, die diesen Begriffen innewohnt.

#### **5.4 Die Inhaltsanalyse als Instrument der Sozialforschung**

Wesentliche Impulse zur Entwicklung der Inhaltsanalyse kamen aus verschiedenartigen Forschungsprogrammen anglo-amerikanischer Forscher. „Inhaltsanalyse“ ist daher eine von mehreren möglichen Übersetzungen des Begriffes „content analysis“, die sich jedoch weitgehend etabliert hat.

Insgesamt besitzen inhaltsanalytische Verfahren eine lange Tradition. MERTEN (1983, 35) beschreibt erste quantitativ-deskriptive Inhaltsanalysen aus dem 7. Jahrhundert. Ernsthaftes wissenschaftliches Bemühen - im heutigen Sinne - dieses Instrument einzusetzen, beginnen mit der Zunahme von Massenmedien. Frühe Inhaltsanalysen untersuchten relativ einfach quantifizierbare Merkmale von Texten - wie die Anzahl und ethnische Zugehörigkeit von Personen in Tageszeitungsromanen, Größe von Artikeln in cm<sup>2</sup> usw. -, um aus diesen gewonnenen Daten Erkenntnisse abzuleiten. Nach der Entwicklung zu einem eigenständigen Forschungsinstrument wurde mit verfeinerten Techniken gearbeitet (MERTEN 1983, 34 ff.; LAMNEK 1993b, 185 ff.). Besondere Bedeutung bekamen inhaltsanalytische Methoden im Rahmen der Analyse von politischer Propaganda in den vierziger und fünfziger Jahren.

Eine allgemein anerkannte und unumstrittene Beschreibung, was eine Inhaltsanalyse leisten soll, ist dementsprechend schwierig und in der einschlägigen Literatur nicht zu finden, da die einzelnen Methoden verschiedene Entwicklungsstränge und unterschiedliche Traditionen herausbildeten.

In einer Gegenüberstellung ausgewählter Definitionen faßt MAYRING (1995, 11 ff.) die Aufgaben und Ziele inhaltsanalytischen Vorgehens folgendermaßen zusammen:

- *Kommunikation* analysieren;
- *fixierte* Kommunikation analysieren;
- dabei *systematisch* vorgehen;
- das heißt *regelgeleitet* vorgehen;
- das heißt auch *theoriegeleitet* vorgehen;
- mit dem Ziel, *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen*.

(ebd., 13; Hervorhbg. i. Org.)

Diese Bestimmungsstücke sollten sowohl für Analysen mit vorwiegend quantitativer Ausrichtung als auch für qualitative gelten. Dies impliziert ein spezifisches Kommunikationsmodell, das es erlaubt, aus fixierter Kommunikation in Form von Texten Rückschlüsse auf verschiedene textexterne Merkmale zu ziehen. Dieses Wissen, das aus der fixierten Kommunikation abgeleitet wird, soll als Inferenz bezeichnet werden.

Es ist jedoch unmittelbar deutlich, daß dieser Versuch einer Definition sofort problematisch wird, wenn nach der Bedeutung des zentralen Begriffes „Kommunikation“ gefragt wird. Denn hier zeigen sich entscheidende Gegensätze des „methodologischen Haupt- und Gegenstromes“ (HOFFMANN-RIEM 1980), der bereits im Zusammenhang mit dem Zitat von EICKELPASCH (s.o) angedeutet wurde.

Die Formulierung einer unumstrittenen Definition ist schwierig, da die „... Inhaltsanalyse als ein zentrales Verfahren der sozialwissenschaftlichen Analyse von Interaktion und Kommunikation (...) ein Scharnier zwischen *qualitativem* und *quantitativem* Vorgehen ..“ bildet (LANGE & WILLENBERG 1989, 178. Hervorhbg. im Org.). So ist erklärbar, daß sich die Kontroverse von qualitativer und quantitativer Forschung früh in der Literatur zur Inhaltsanalyse findet. BERELSONS (1952) Definition „Content analysis is a research technique for the objective, systematic, and quantitative description of the manifest content of communication“ (ebd. 18) fordert eine *qualitative* Antwort geradezu heraus. KRACAUER (1952; dt.

1972) fordert noch im gleichen Jahr eine qualitative Ausrichtung der Inhaltsanalyse. Hier zeichnet sich der erwähnte Positivismusstreit bereits ab, der in diesem Fall unmittelbar auf eine Forschungsmethode bezogen bleibt.

GROEBEN & RUSTEMEYER (1995, 529 ff.) versuchen, diese unterschiedlichen Ausrichtungen der Inhaltsanalyse von den unscharfen Begriffen „qualitativ“ und „quantitativ“ zu lösen, indem sie Prototypen einer Verstehens-Systematik darstellen. Die klassische „quantitative Inhaltsanalyse“ wird dabei als ein Vorgehen mit inferenzenger Regelkonstanz verstanden. Regelkonstanz meint die strenge Systematisierung des Vorgehens zugunsten der Reliabilität und Objektivität im Sinne der klassischen Gütekriterien. Insofern bleiben nur geringe Spielräume zur subjektiven Interpretation, womit die Enge der Inferenz (das Wissen, das aus dem Text abgeleitet wird, s.o.) erklärt wird. Demgegenüber ist qualitatives Vorgehen durch eine inferenzweite Regelvariabilität gekennzeichnet. Zwar existieren auch hier Regeln, die jedoch variabel gehandhabt werden können und dürfen. Die Untersuchung kann die vorgegebenen Kategorisierungen verlassen. Beide Positionen stellen die Endpunkte eines Kontinuums dar. Zwischenpositionen sind also möglich. Eine dieser Zwischenpositionen nimmt die von mir gewählte Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING ein.

Die Gegenüberstellung von inferenzenger Regelkonstanz und inferenzweiter Regelvariabilität scheint nichts weiter als die Dialektik von Strukturierung und Authentizität des Gegenstandes (vgl. FLICK 1995, 148 f.) und verweisen auf die Grundprobleme der (qualitativen und quantitativen) Sozialforschung.

## **5.5 Qualitative Inhaltsanalyse**

Bei der Durchsicht der Literatur zum Thema qualitativer Analysen von Textinhalten ist feststellbar, daß die Autoren oft einen allgemeinen Zu-

gang wählen. Bei der genauen Explikation der Techniken wird hingegen explizit auf transkribierte Interviews Bezug genommen. Gegenstand der Untersuchung ist in diesen Fällen weniger der fixierte Text als der Prozeß der Entstehung der Äußerungen, der Interaktionsprozeß zwischen Forscher und Erforschten, die Interpretation der Lebenssituation, in denen sich die erforschten Personen befinden usw. Ferner sind eine Reihe von Randinformationen bekannt, die in den Forschungsprozeß mit einbezogen werden können. Dies sind im Besonderen persönliche Informationen über den Interviewten und die Entstehungssituation des Interviews.

Im vorliegenden Fall stehen jedoch keine Interviews zur Analyse an, sondern wie bereits erwähnt Zeitschriftenartikel. Informationen über den Textproduzenten liegen naturgemäß nicht - bzw. nicht für alle Fälle in ausreichendem Maße - vor. Hier ist also weniger die Perspektive der erforschten Personen im Rahmen der qualitativen Methodologie, sondern vielmehr die Perspektive des Forschers entscheidend.

HOFFMANN-RIEM (1980, 347) sieht im Rahmen einer Dokumentenanalyse eine Unabhängigkeit von Forscher und Forschungsdaten. Dies ist insoweit richtig, als die Daten in ihrer manifesten Form durch die Analyse nicht geändert werden, sofern man unter Dokumenten lediglich Geburtsurkunden, (Ziffern-)Zeugnisse u.ä. versteht, deren numerische Daten Gegenstand der Interpretation sind.

Im vorliegenden Fall besaßen die Dokumente eine andere Qualität: Es ging um Texte, die eine Interpretationsleistung erforderten. Von einer tatsächlichen Unabhängigkeit im o.g. Sinne sollte hier nicht gesprochen werden, da ein Wissensgewinn auf seiten des Forschers bei der intensiven und wiederholten Beschäftigung mit dem Material zu erwarten - und angestrebt - war.

Der Wissenszuwachs ist jedoch nicht nur akkumulativ in dem Sinne, daß bisher nicht gekannte Informationen das bereits erworbene Wissen erweitern. Eine wiederholte Beschäftigung mit schriftlichem Material führt

auch zu einer Neustrukturierung des Wissens.

## 5.6 Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING

Für das weitere Vorgehen wird die bereits oben angekündigte Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) verwendet. Auch dieses Verfahren wurde ursprünglich zur Analyse von Interviews im Rahmen eines Projektes der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) entwickelt, das die Lebenssituation von langzeitarbeitslosen Lehrern untersuchte.

Greift man die von GROEBEN & RUSTEMEYER vorgeschlagene Dichotomisierung auf, so ist die MAYRING-Methode sicher nicht auf einer Extremposition einzuordnen. LAMNEK (1993b) zeigt innerhalb qualitativer Inhaltsanalysen noch einmal methodologische Orientierungen auf:

1. Die eine Form qualitativer Inhaltsanalyse unterscheidet sich von der quantitativen nur dadurch, daß sie nicht oder in Teilbereichen nicht quantifiziert. Ansonsten ist sie wie die quantitative *Datenerhebung*: vorher theoretisch entwickelte Analyseeinheiten, Dimensionen und Kategorien werden auf akzidentale und ausgewählte Dokumente angewandt.
2. Im strengeren Sinne qualitativer Sozialforschung ist die qualitative Inhaltsanalyse jedoch eine *Auswertungsstrategie* von zum Zwecke der Analyse erstellter oder akzidentaler Dokumente *ohne a priori formulierte theoretische Analysekriterien*.

(Ebd., 197; Hervorhbg. i. Org.)

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING ist dem ersten Typ zuzuordnen, obwohl die Methode selbst noch einmal drei Teiltechniken (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) unterscheidet.

Durch leichte Modifikationen und Vereinfachungen kann diese Technik jedoch auch für meinen Zweck dienen, ohne methodologische Probleme zu erzeugen. Dieses Forschungsinstrument hat den Vorteil, daß die



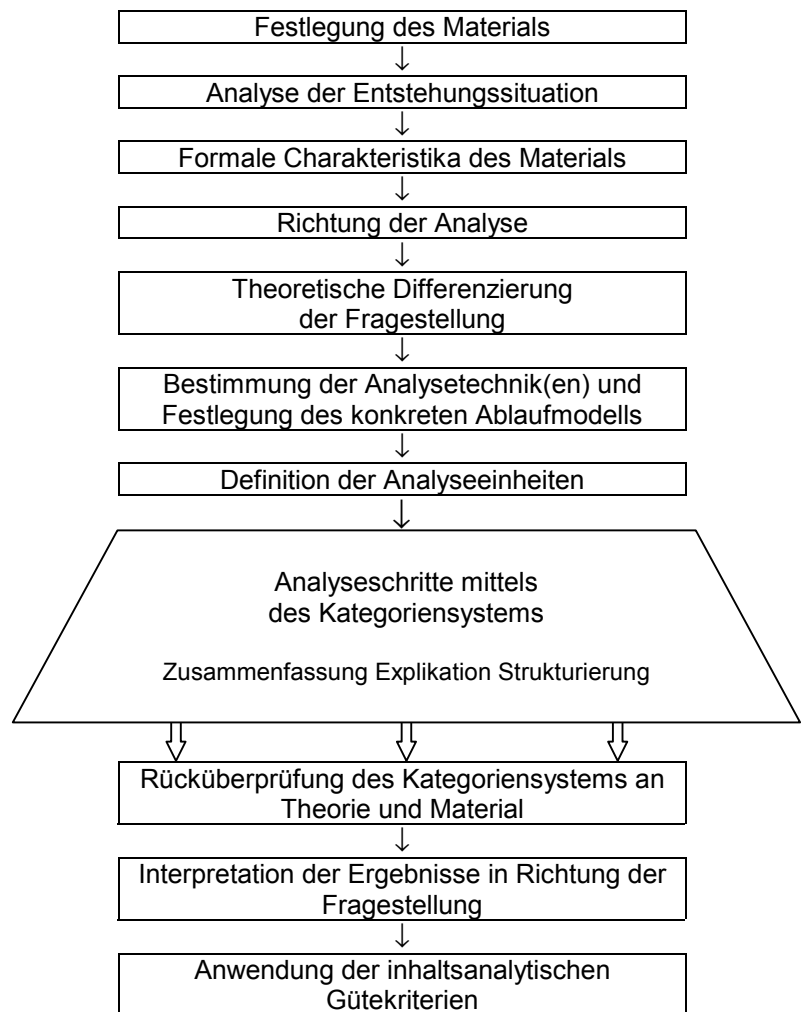
einzelnen Schritte der Analyse gut dokumentierbar sind und einen systematischen Zugang zum Material ermöglichen, der sich an einem vorgeschlagenen Ablaufmodell orientieren kann. Zusätzlich ist eine abschließende Bewertung des Ergebnisses durch Anwendung spezifischer Gütekriterien machbar.

Dieser Methode sind in ihrer gesamten Anlage und in ihren Durchführungsbestimmungen eindeutig ihre „quantitativen Wurzeln“ anzumerken. Daß es sich hier um einen beinahe eklektizistischen Forschungsansatz handelt, zeigt auch die Verwertung verschiedener Materialien zur theoretischen Fundierung. MAYRING greift auf fünf Bereiche zurück, aus denen er Erkenntnisse verarbeitet: Kommunikationswissenschaft, Hermeneutik, qualitative Sozialforschung, Literaturwissenschaft und Psychologie der Textverarbeitung. Er untersucht die Gebiete und findet dort 15 Grundsätze, die bei der Konzeption einer Qualitativen Inhaltsanalyse Berücksichtigung finden sollen.

1. Notwendigkeit systematischen Vorgehens
2. Notwendigkeit eines Kommunikationsmodells
3. Kategorien im Zentrum der Analyse
4. Überprüfung anhand von Gütekriterien
5. Entstehungsbedingungen des Materials
6. Explikation des Vorverständnisses
7. Beachtung latenter Sinngehalte
8. Orientierung an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens
9. Übernahme der Perspektive des anderen
10. Möglichkeit der Re-Interpretation
11. Semiotische Grundbegriffe
12. Pragmatische Bedeutungstheorie
13. Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse
14. Psychologie der Textverarbeitung
15. Makrooperatoren für Zusammenfassungen

(Ebd., 41)

MAYRING geht nun einen Schritt weiter und bringt diese Grundsätze in ein geeignetes Ablaufmodell. Dieses bleibt zunächst noch sehr allgemein (s. Abbildung 6).



**Abbildung 6: Ablaufmodell Qualitativer Inhaltsanalyse. Aus: MAYRING 1995, 50**

Bevor nun die eigentliche Analyse des Materials zur Durchführung kommt, sind einige Schritte zu vollziehen, die eine genaue Bestimmung des Materials, der Entstehungssituation und eine Klärung der Fragestellung erfordern. Dann erfolgt die Festlegung der speziellen Analysetechnik. MAYRING bietet hier die Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung an. Er versucht diese Techniken anhand eines Beispiels zu verdeutlichen:

Man stelle sich vor, auf einer Wanderung plötzlich vor einem gigantischen Felsbrocken (vielleicht ein Meteorit?) zu stehen. Ich möchte wissen, was ich da vor mir habe. Wie kann ich dabei vorgehen?

Zunächst würde ich zurücktreten, auf eine nahe Anhöhe

steigen, von wo ich einen Überblick über den Felsbrocken bekomme. Aus der Entfernung sehe ich zwar nicht mehr die Details, aber ich habe das "Ding" als Ganzes in groben Umrissen im Blickfeld, praktisch in einer verkleinerten Form (*Zusammenfassung*).

Dann würde ich wieder herantreten und mir bestimmte besonders interessant erscheinende Stücke genauer ansehen. Ich würde mir einzelne Teile herausbrechen und untersuchen (*Explikation*).

Schließlich würde ich versuchen, den Felsbrocken aufzubrechen, um einen Eindruck von seiner inneren Struktur zu bekommen. Ich würde versuchen, einzelne Bestandteile zu erkennen, den Brocken zu vermessen, seine Größe, seine Härte, sein Gewicht durch verschiedene Meßoperationen feststellen (*Strukturierung*).

(MAYRING 1995, 54; Hervorhbg. i. Org.)

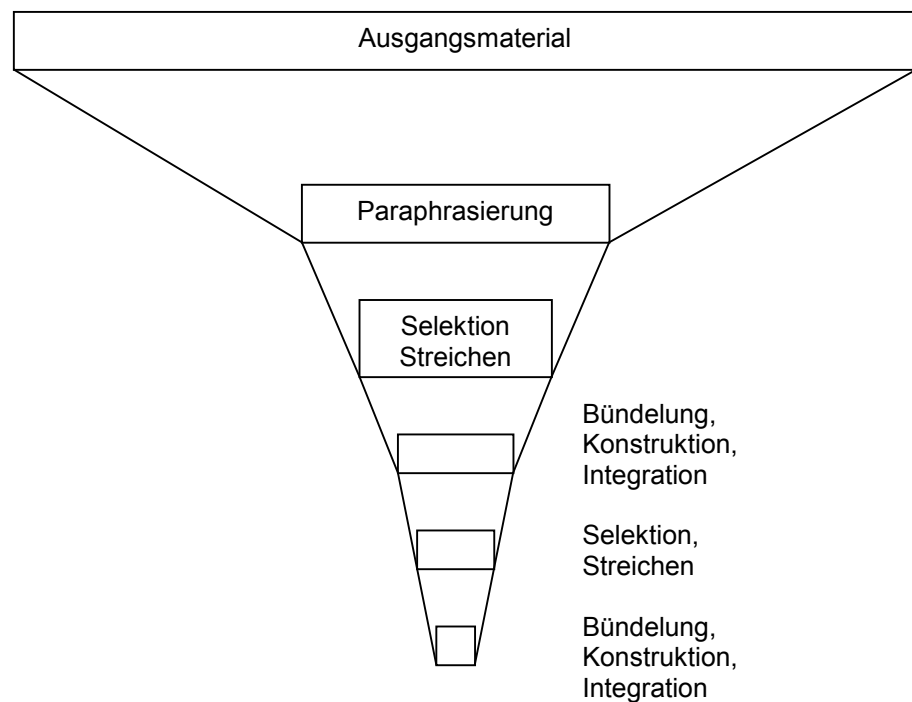
Dieses Beispiel verdeutlicht zwar die unterschiedlichen Techniken, ist aber meiner Meinung nach unglücklich gewählt. Erstens entstammt es einem naturwissenschaftlichen Zusammenhang, zweitens bedeutet das „Herausbrechen einzelner Teile“ eine Zerstörung des Untersuchungsgegenstandes.

Für jede dieser Techniken sind Handlungsanweisungen vorgesehen, die eine Analyse erleichtern und strukturieren sollen. Im vorliegenden Fall habe ich mich für die Technik der Zusammenfassung entschieden, die eine Art „Textkondensat“ entstehen läßt.

Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist nun, daß die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt wird, auf die das Material durch Einsatz der Makrooperatoren transformiert wird. Diese Abstraktionsebene kann nun schrittweise verallgemeinert werden; die Zusammenfassung wird immer abstrakter.

(Ebd., 55)

Dabei wird notwendigerweise das Material als auch die im Text enthaltenen Informationen stark reduziert. Dies soll Abbildung 7 verdeutlichen.



**Abbildung 7: Materialreduzierung durch die Zusammenfassung. Aus: MAYRING 1995, 70**

Es ist unökonomisch den von MAYRING vorgeschlagenen Ablauf genau zu explizieren, um dann noch einmal den Vorgang am eigenen Material aufzuzeigen. Daher werden diese Schritte im folgenden verknüpft. Auslassungen und Modifikationen der vorgeschlagenen Technik werden deutlich gemacht.

## 6 Festlegung des Materials

Zur Analyse wurden Beiträge aus sozialpädagogischen Fachzeitschriften ausgewählt. Die Untersuchung von Zeitschriften oder anderen schriftlichen Dokumenten wie vorbereitete Unterrichtseinheiten für Lehrer, Broschüren, Lehrbücher usw. ist eine allgemein anerkannte Methode zur Ermittlung spezifischer Diskurse in ausgewählten Gebieten. Eine Reihe von Arbeiten liegt hier vor (z.B. KAHLERT 1990; SCHETSCHKE 1993).

Die Beschränkung auf dieses Material ist mit dem Nachteil verbunden, daß sich ein informeller Diskurs nicht nachweisen läßt. Aus den Publikationen wird zwar ersichtlich, welche Meinung in der fachlichen Öffentlichkeit kursiert, ob sie jedoch alltagstheoretische Überzeugungen widerspiegeln, die in face-to-face-Kontakten ausgetauscht werden oder ob sie - wie in diesem Fall - sozialpädagogische Praxisrelevanz besitzen, bleibt notwendigerweise unentdeckt. Genauso wie die Argumente, die außerhalb dieses Mediums zum Austausch kommen, womit der Grad der Verallgemeinbarkeit eingeschränkt bleibt.

Dennoch halte ich mein gewähltes Vorgehen für sinnvoll und ertragreich, da in Zeitschriften Themen diskutiert werden, die die Zielgruppe dieser Zeitschrift interessieren. Auch die andere Richtung ist vorstellbar: Die Diskussion von Themen in einer allgemein anerkannten Zeitschrift führt früher oder später auch zu einer Wahrnehmung der Problematik in den Fachkreisen. In diesem Fall würde sich die Zielgruppe für ein Thema interessieren, weil es diese Zeitschrift thematisiert. Solche zirkulären Prozesse von Meinung, Beeinflussung, Interesse, Akzeptanz bleiben für die vorliegende Untersuchung Randphänomene.

Die Grundgesamtheit des zu untersuchenden Materials bilden sozialpädagogische Fachzeitschriften. Dieses gesamte Material zu untersuchen ist praktisch nicht möglich. Ein aktuelles Verzeichnis (DEUTSCHSPRACHIGE ZEITSCHRIFTEN 1998) listet 484 Periodika (inkl. Online-Ausgaben, CD-ROMs, Loseblatt-Werke, Zeitschriften und Jahrbücher) für den Bereich

Sozialwesen auf, der allerdings mit dem Themenbereich Arbeitswesen zusammengefaßt ist. Aufgrund der Fülle habe ich aus dieser Grundgesamtheit eine Stichprobe gezogen. Damit die Auswahl nachvollziehbar bleibt, besteht das Untersuchungsmaterial nicht aus akzidentalene Dokumenten, also aus Zeitschriftenausgaben, die mir zufällig in die Hände fielen. Vielmehr habe ich eine regelgeleitete Stichprobe gewählt, die sich nach Kriterien der quantitativen Forschung richtete. Hierbei handelt es sich um eine Klumpenstichprobe (MERTEN 1983, 283 u. 287 ff.). Eine genaue Beschreibung der Parameter zur Stichprobenziehung folgt im Abschnitt 6.2. Diese Stichprobe soll es ermöglichen, die allgemein kursierenden Themen und Meinungen der Sozialpädagogik im Bereich Gesundheit stellvertretend abzubilden.

## **6.1 Analyse der Entstehungssituation**

Zur Entstehung des Materials kann ich keine Angabe machen. In der Darstellung der Methode habe ich darauf hingewiesen, daß die Qualitative Inhaltsanalyse ursprünglich zur Untersuchung von Interviews entwickelt wurde. In der „Analyse der Entstehungssituation“ sollen die Variablen und Parameter Beachtung finden, die die Interviewpartner möglicherweise in der Gesprächssituation beeinflußt haben. Bei der Untersuchung von Zeitschriftenbeiträgen ist dies außerordentlich schwierig, da dies nur die jeweiligen Autoren der Beiträge leisten können. Die Autorenperspektive ist vermutlich auch bei sehr hohem Aufwand nicht mehr ermittelbar und für diesen Forschungszusammenhang zudem wenig interessant.

Die Entstehungssituation läßt sich aber auch aus der Forscherperspektive - also meiner - analysieren und somit als die Situation definieren, in der die Beiträge ausgewählt wurden. Es bietet sich an dieser Stelle die Möglichkeit für kurze (persönliche) Anmerkungen: Die einzelnen Beiträge sind nach eigenem regelgeleiteten Ermessen bei der Durchsicht der Zeitschriften ausgewählt. Alle Zeitschriften wurden zweimal durchge-

sehen. Abschließend habe ich einzelne Zeitschriften noch einmal zufällig herausgegriffen und ein drittes Mal ausgewertet. Dieser Teilprozeß der Untersuchung dauerte ca. 2 Monate und fand in vier verschiedenen Bibliotheken sowie am eigenen Schreibtisch statt, womit natürlich auch verschiedene Randbedingungen gegeben waren. Sollte trotzdem einen Zeitschriftenbeitrag übersehen worden sein, der den definierten Kriterien entspricht (vgl. 6.2.3), so ist dies bedauerlich und allein von mir zu verantworten. Aufgrund der Anlage der Untersuchung sollten wenige vergessene oder übersehene Beiträge nicht ins Gewicht fallen bzw. das Ergebnis nicht entscheidend verfälschen.

## **6.2 Formale Charakteristika des Materials**

Bei dem Material handelte es sich um Beiträge aus sozialpädagogischen Fachzeitschriften aus den Jahrgängen 1975-1995. Mit dieser Festlegung wurden drei Entscheidungen getroffen, die ich nachfolgend erläutere. Es handelt sich um die Bestimmung

- des Zeitraumes;
- der Zeitschriftentitel und
- der einzelnen Beiträge aus diesen Zeitschriften.

### **6.2.1 Auswahl des Zeitraumes**

Die Untersuchung begann im Jahr 1995. Deshalb wurden alle Zeitschriften dieses Jahrganges mit in die Untersuchung einbezogen, d.h. der Jahrgang 1995 ist noch komplett erfaßt. Die Begründung ist also eine rein forschungspraktische und zielt gleichzeitig auf Aktualität. Den Beginn des Untersuchungszeitraumes in das Jahr 1975 zu legen hat mehrere Gründe, die mit den drei bestimmenden Themen der vorliegenden Untersuchung - Sozialpädagogik, Risikogesellschaft und Gesundheit - korrespon-

dieren (s.u.).

Zunächst standen lediglich die jeweils ungeraden Jahrgänge zur Diskussion. Dies stellt einen Kompromiß in dem der Sozialforschung bekannten Dilemma von Bandbreite und Genauigkeit dar. Die Entscheidung bedeutet im vorliegenden Fall, daß ich mit den gegebenen Ressourcen jeden Jahrgang eingehend untersuche (hohe Genauigkeit) und dadurch nur einen sehr kurzen historischen Abschnitt beleuchte, vielleicht 10-13 Jahre (geringe Bandbreite). Dadurch, daß nur jeder zweite Jahrgang in die Untersuchung einbezogen wurde (geringere Genauigkeit), besteht die Möglichkeit einen weitaus größeren Abschnitt in den Blick zu nehmen (hohe Bandbreite).

Das qualitative Vorgehen ermöglicht es jedoch, die Genauigkeit zu erhöhen. Hier kann das bereits vorgestellte Prinzip der Offenheit des Prozesses greifen: Die definierte Stichprobenauswahl kann und darf aufgrund dieses Prinzips erweitert werden, sofern es der Forschungsgegenstand erfordert. Sollten entscheidende Veränderungen im Material zwischen zwei ungeraden Jahrgängen hervortreten, kann auch der dazwischenliegende Jahrgang in die Analyse miteinbezogen werden. In meiner Untersuchung war dies allerdings nicht notwendig. Auch mit der auf diese Weise gewonnenen Stichprobe stand genügend Material zur Analyse.

Eine Durchsicht geeigneter Zeitschriftenartikel zeigt, daß sich ein entsprechendes Forum sozialpädagogischer Themen seit Beginn bis zur Mitte der siebziger Jahre bildet. Dies hängt offensichtlich mit der akademischen Entwicklung der Sozialpädagogik zusammen, die Ende der sechziger bis Anfang der siebziger Jahre verstärkt verlief (vgl. 2.4.3). Ein fachspezifisches Forum kann sich erst in der Folge dieses Akademisierungsschubes konstituieren. Zur Entwicklung eines Profils und zur Etablierung benötigen die Zeitschriften einige Zeit. Dieser Prozeß scheint Mitte der siebziger Jahre abgeschlossen.

Die Gesundheitsförderung - die zu diesem Zeitpunkt noch Gesund-



heitserziehung heißt - erfährt in den siebziger Jahren eine qualitativ neue Bedeutung. In einer Analyse der historischen Entwicklung der Gesundheitserziehung stellt KOCH (1981, 273) fest, daß als Folge des Mißbrauchs der Gesundheitserziehung im Nationalsozialismus auf politischer Ebene die gesellschaftliche Relevanz bis in die siebziger Jahre nicht erkannt wird. Erst 1979 wird von der Ständigen Konferenz der Kultusminister ein Beschluß zur „Gesundheitserziehung in der Schule“ gefaßt, der entscheidende Impulse liefern soll (KMK 1980).

Die Initiative zur Gesundheitserziehung geht nach 1945 im wesentlichen von privaten Organisationen aus, die als Publikations- und Kommunikationszentren gelten (vgl. KOCH 1981, 272 ff.). Zu Beginn der siebziger Jahre kann ein entscheidender Schub festgestellt werden, der an einem starken Anwachsen der zur Verfügung stehenden Medien ablesbar ist. Zwischen Mitte der sechziger bis Mitte der siebziger Jahre haben sich diese Materialien insgesamt ver Hundertfacht (vgl. ebd., 273).

Im Jahre 1986 veröffentlichte BECK seine Schrift „Risikogesellschaft“. Somit liegt dieser Zeitpunkt etwa in der Mitte des hier untersuchten Zeitraumes. Es bleibt damit die Möglichkeit, sowohl die Zeit vor wie nach der Veröffentlichung zu betrachten. Ohne sehr weit vorgreifen zu wollen, ist feststellbar, daß einzelne Phänomene und Entwicklungen, die BECK 1986 formuliert hat, bereits vorher aufgegriffen werden.

### **6.2.2 Auswahl der Zeitschriften**

Die Zeitschriftentitel hatten folgende Kriterien zu erfüllen: Sie sollten

- mindestens seit 1980, das bedeutet in 3/4 des Untersuchungszeitraumes erschienen sein und
- den sozialpädagogischen Diskurs stellvertretend abbilden.

Die Erfüllung des ersten Kriteriums war leicht festzustellen. Schwieriger

erwies sich die Überprüfung des zweiten Kriteriums. Es erschien sinnvoll, leicht zugängliche Zeitschriften zu wählen, d.h. diejenigen, die in Bibliotheken mit sozialpädagogischen Abteilungen vorfindbar sind und so einen großen Leserkreis ansprechen. Die weitere Auswahl aus dem noch zu großen Potential geschah durch Rücksprache mit Experten, die Kenntnis sozialpädagogischer Zusammenhänge besitzen. Schließlich blieben vier Zeitschriften:

Blätter der Wohlfahrtspflege;

- Neue Praxis;
- Sozialmagazin;
- Unsere Jugend.

#### **6.2.2.1 Blätter der Wohlfahrtspflege**

Die Blätter der Wohlfahrtspflege (ISSN 0340-8574) erscheinen bereits seit 1848 und stellen damit die älteste Publikationsreihe der Untersuchung dar. Sie stehen monatlich unter einem ausgewählten Thema, das durchschnittlich  $\frac{2}{3}$  des zur Verfügung stehenden Raumes einnimmt. Zusätzlich finden sich dort Informationen über Tagungen, aktuelle Gerichtsurteile, den Arbeitsmarkt usw. Aufsätzen zu anderen Gebieten, die nicht (unmittelbar) mit dem Schwerpunktthema in Verbindung stehen, wird ebenfalls Raum gegeben wie z.B. der Besprechung neuerer Literatur. Die Beiträge sind relativ kurz und erschöpfen sich zumeist in zwei bis drei Seiten. Zielgruppe sind vornehmlich Leser aus der sozialpädagogischen Praxis.

#### **6.2.2.2 Neue Praxis**

Die Zeitschrift Neue Praxis (ISSN 0342-9857) wird seit 1970 herausgegeben und erscheint sechsmal jährlich. Zielgruppe sind größtenteils

Leser der akademischen Sozialpädagogik, obwohl auch eine Reihe von Beiträgen zu finden ist, die sich an Praktiker wenden. Die einzelnen Beiträge sind relativ umfangreich. Einen thematischen Schwerpunkt je Ausgabe gibt es nicht, die jeweiligen Abhandlungen weisen jedoch stets einen aktuellen Bezug zu Problemen der Sozialarbeit, Sozialpädagogik oder Sozialpolitik auf. Auch hier sind Buchbesprechungen, Termine, Tagungsberichte in jeder Ausgabe vorfindbar.

#### **6.2.2.3 Sozialmagazin**

Das Sozialmagazin (ISSN 0340-8469) ist der jüngste Titel aus den ausgewählten Zeitschriften; der erste Jahrgang erschien 1976. Das Sozialmagazin erscheint 11mal jährlich und wendet sich an Praktiker und Theoretiker gleichermaßen. Auch hier stehen die einzelnen Ausgaben unter einem spezifischen Thema. Zusätzliche Aufsätze und Beiträge zu anderen Themen finden sich gleichfalls. Neben kurzen Tagungs- und Erfahrungsberichten werden z.T. umfangreiche Artikel im Fachteil veröffentlicht.

#### **6.2.2.4 Unsere Jugend**

Die erste Ausgabe der Zeitschrift Unsere Jugend (ISSN 0342-5258) erschien bereits 1949. Die monatlich erscheinende Unsere Jugend trägt den Untertitel „Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik“ und wendet sich sowohl an Theoretiker als auch Praktiker mit z.T. umfangreichen Beiträgen. Auch hier ist ein thematischer Schwerpunkt je Ausgabe vorgesehen, ebenso wiederkehrende Rubriken wie Rezensionen, Tagungshinweise usw.

### 6.2.3 Auswahl der Zeitschriftenbeiträge

Ausgewählt wurden alle Beiträge, die sich mit dem Thema Gesundheit befassen. Dazu habe ich ein geeignetes Suchraster entwickelt, daß in einer kurzen Voruntersuchung entstand. Diese wurde jedoch nicht mit den o.g. Zeitschriftentiteln durchgeführt, sondern mit den Zeitschriften "Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit", "Sozialpädagogik: Zeitschrift für Mitarbeiter" und "Theorie und Praxis Sozialer Arbeit". Damit sollte erreicht werden, daß das Suchraster nicht nur für den ausgewählten Zeitschriftencorpus gilt, sondern eine gewisse Universalität besitzt.

Im Rahmen dieser Voruntersuchung wurde deutlich, daß eine Gleichsetzung von Gesundheit mit Wohlbefinden wenig sinnvoll ist, da ein Großteil der analysierten Zeitschriftenbeiträge in diese Richtung interpretiert werden kann. Diese Gleichsetzung der Begriffe ist zudem nur über eine Negativwendung möglich, da es in den Erörterungen nicht um Wohlbefinden im positiven Sinne geht. Vielmehr ist von z.T. schweren Störungen des Wohlbefindens die Rede, von Deprivationen, Problem- und Mangellagen usw. Es geht demnach mehr um Nicht-Wohlbefinden bzw. Krankheit.

Eine Einengung auf Beiträge, die sich nur und ausschließlich mit Gesundheit/Krankheit beschäftigen und dieses explizit im Titel zum Ausdruck bringen, blieb ebenso unfruchtbar. Daher wurden alle Titel genommen, die sich

- mit Gesundheit oder Krankheit im allgemeinen Sinne und/oder
- mit Prävention von gesundheitsschädlichem Verhalten und/oder
- mit therapeutischen Möglichkeiten

beschäftigen und dies

- im Titel, Untertitel, ggf. abstract oder im Einleitungsabsatz erkennen ließen.

Mit diesen Kriterien ist ein geeignetes Instrument geschaffen, um eine angemessene Analyse des Themenkreises Gesundheit in der Sozialpädagogik vorzubereiten. Die Durchlässigkeit der einzelnen Kriterien führte in Einzelfällen zu Schwierigkeiten. So stellte sich die Frage, ob Beiträge zum Thema Sucht, Drogen, Alkoholismus aufgenommen werden sollten. Da hier jedoch häufig ein Bezug zu Präventions- und Aufklärungsprogrammen auftritt, wurden auch die Beiträge im ersten Schritt der Untersuchung berücksichtigt.

Die einzelnen Beiträge wurden dann durch Stichworte wie "Gesundheitsförderung", "Drogen", "Prävention" usw. charakterisiert. Diese Stichwortvergabe ist jedoch nicht im Sinne einer ausschließenden und erschöpfenden Kategorisierung zu verstehen. Die Möglichkeit besteht, einen Beitrag sowohl mit dem Stichwort "Drogen" als auch "Gesundheitsförderung" zu etikettieren.

Beim ersten Suchdurchlauf mit einer relativ durchlässigen Aufnahmeprozedur konnten 183 Beiträge ermittelt werden (61 aus den Blättern der Wohlfahrtspflege, 69 aus dem Sozialmagazin, 29 aus der Neuen Praxis und 24 aus Unsere Jugend). Bei dieser Durchsicht zeigte sich, daß das Thema Sucht, Drogen und Alkoholismus einen sehr großen Raum einnahm und als ein eigenständiges Themengebiet gelten kann. Daher wurden alle Beiträge, die sich ausschließlich mit diesen Themen beschäftigten bei der zweiten Durchsicht aus dem Untersuchungscorpus herausgenommen. Beiträge mit einer Doppelcodierung, also solche, die sich sowohl mit „Drogen“ usw. und mit "Gesundheit" beschäftigen, blieben jedoch im Corpus. Die Anzahl der zu untersuchenden Beiträge nahm drastisch ab. Es verblieben 63 Beiträge (29 aus den Blättern der Wohlfahrtspflege, 7 aus der Neuen Praxis, 13 aus dem Sozialmagazin, 14 aus Unsere Jugend). Ferner wurde durch diese Einschränkung der Untersuchungszeitraum verkleinert: Die Jahrgänge 1975 und 1979 sind nicht mehr vertreten. Eine Verfälschung des Ergebnisses muß jedoch nicht

befürchtet werden, da relativ viele Texte (17) aus dem Jahrgang 1977 in die Untersuchung eingingen.

### **6.3            Richtung der Analyse**

Aus der bisherigen Darstellung sollte deutlich geworden sein, in welche Richtung die Analyse gehen soll: Es müssen sinntragende Aussagen aus den zusammengetragenen Materialien ermittelt werden, die sich mit Gesundheit beschäftigen. Ziel dieser Untersuchung ist die Darstellung des Gesundheitsdiskurses und seiner Veränderungen in den letzten beiden Jahrzehnten.

Es stehen folglich nicht die latenten Sinnstrukturen der Textproduzenten oder deren Orientierung im Zentrum der Analyse. Gegenstand der Untersuchung sind allein die Aussagen des Textes und nicht ggf. vorhandene Zusatzinformationen über den Autor.

### **6.4            Theoretische Differenzierung der Fragestellung**

Der Charakter der vorliegenden Studie ist explorativ. Daher gibt es keine exakte Hypothese, die getestet werden soll. Einige Leitlinien und Fragestellungen ergeben sich jedoch aus der bisherigen Darstellung. Die Sozialpädagogik kann auf eine Entwicklungsgeschichte zurückblicken, die einige Brüche aufweist und nicht gradlinig verläuft. Einerseits geraten einige Probleme und Diskussionspunkte immer wieder in das Blickfeld. Andererseits existieren auch neue, andere Problemkonstellationen, die sich aus den geänderten Rahmenbedingungen ergeben und so zu Themen der fachinternen Diskussion geraten. Hier ist die Entwicklung der akademischen Sozialpädagogik zu nennen. Ähnliche Problemverschiebungen lassen sich in der sozialpädagogischen Diskussion innerhalb des Gesundheitsbereiches ausmachen. Themen aus diesen Bereichen werde ich näher betrachten und mit dem Konzept der Risikogesellschaft in

Verbindung bringen.

In der Darstellung der jüngeren Geschichte der Sozialpädagogik habe ich einige Stichworte geliefert, die wichtige Punkte der Entwicklung in den letzten 20-25 Jahren bezeichnen. Es handelt sich dabei um die Diskussion über die Figur des Sozialtechnologen, die Alltagsorientierung und das Problem der Konturierung der Sozialpädagogik zu Beginn der neunziger Jahre. Diese Aspekte werde ich in der Untersuchung näher betrachten. Welche Auswirkungen hatte die Selbsthilfebewegung gegen Ende der siebziger Jahre, die als ein Auslöser der Alltagswende betrachtet wird? Welchen Stellenwert hat die Selbsthilfe in der Sozialpädagogik und wie wird die Kritik an den Experten der Selbsthilfebewegung verarbeitet? An dieser Stelle sollte sich ein Anschlußpunkt an das Konzept der Risikogesellschaft finden lassen, denn auch hier wird eine Mündigkeit und Kritikfähigkeit des Bürgers deutlich. Es wird interessant sein, welche Überlegungen und Argumentationslinien des Konzeptes der Risikogesellschaft in der Selbsthilfediskussion aufgegriffen werden, da das Werk erst 1986 veröffentlicht wurde. Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang zu fragen, wie Wissenschaft gesehen wird. Welche Wissenschaften sind nach Ansicht der Selbsthilfebewegung oder Sozialpädagogik überhaupt für Gesundheit zuständig?

Neben diesem Thema, das den Übergang von den siebziger zu den achtziger Jahren beherrschte und einen Paradigmenwechsel in der Sozialpädagogik bewirkte, werde ich einen zweiten aktuellen Bezugspunkt untersuchen. Gegenwärtig ist vereinzelt von einer Krise der Sozialpädagogik die Rede. In diesem Zusammenhang wird die mangelnde Konturierung gegenüber anderen Disziplinen erwähnt. Die Schwierigkeit einer eindeutigen Unterscheidung von Sozialer Arbeit und Psychotherapie stellt ein solches Abgrenzungsproblem dar. Gibt es ähnliche Probleme auch im Gesundheitsbereich? Am Ende des ersten Abschnitts habe ich vermutet, daß es zu Beginn der neunziger Jahre ein zentrales Trendthema der Sozialpädagogik nicht gab. Damit meine ich einen Themenkomplex, der

mit den Diskussionen um die Selbsthilfebewegung oder den Sozialtechnologen in den siebziger Jahren vergleichbar wäre. Möglicherweise ist die Fragestellung bezüglich der Konturierung und „Identität“ der Sozialpädagogik das große Thema der neunziger Jahre. Auch hier will ich versuchen, einen Anschluß an das Konzept der Risikogesellschaft zu finden. Welche Erklärungsansätze im Konzept der Risikogesellschaft beleuchten das Problem einer mangelnden Konturierung der Sozialpädagogik bzw. welche Argumentationslinien werden in der Sozialpädagogik aufgenommen und zur Problembeschreibung verwendet?

Die Entwicklung in der Gesundheitsförderung soll mein drittes Thema sein. Wie oben dargestellt, ist ein Wandel von der Gesundheitserziehung zur -förderung auszumachen. Dieser ist verbunden mit einem Wandel im Klientenbild und in der Beschreibung dessen was als gesundheitsförderlich gilt. Diese Transformation verdeutlichen die Begriffe „Askese“ und „Hedonismus“: Waren noch in den 70er Jahren die körperliche Fitneß und sportliche Leistungsfähigkeit neben einer Verzichtshaltung bezüglich Genußmitteln beinahe alleinige Indikatoren für ein gesundes Leben, wird die Verhaltenbasis breiter. Geselligkeit mit mäßigem Alkohol- und Nikotingenuß wird durchaus positiv gesehen, sofern sich das individuelle Wohlbefinden dadurch steigern läßt und soziale Einbindungen gefestigt und bestätigt werden.

Ein ähnlicher Wandel läßt sich auch im sozialpädagogischen Diskurs vermuten. Wie stellt sich dieses gewandelte Klientenbild in der Sozialpädagogik dar? Der Anschluß an Erklärungsansätze im Konzept der Risikogesellschaft soll ebenfalls über das Klienten- oder besser Menschenbild erfolgen. Dabei muß das Problem der Individualisierung näher betrachtet werden. Individualisierung betrifft auch Fragen zur individuellen Gesundheit. Inwieweit kann man Individuen für ihre Gesundheit verantwortlich machen? Zusätzlich sind die Teilaspekte von Enttraditionalisierung, Freisetzung und neuer Einbindung zu erwägen. Ferner werde ich in diesem Abschnitt nicht nur Argumentationslinien des kon-



zeptes der Risikogesellschaft im Gesundheitsdiskurs der Sozialpädagogik rekonstruieren, sondern fragen, welches Menschenbild im Konzept der Risikogesellschaft vorfindbar ist.

## **6.5 Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells**

Neben der gewählten Technik der Zusammenfassung erschien zunächst auch die Technik der Explikation als geeignet. Für die Untersuchung habe ich eine Vorgehensweise gewählt, die zwar problemlos als Zusammenfassung i.S.v. MAYRING bezeichnet werden kann, tatsächlich aber einige Überlegungen aus der Technik der Explikation übernimmt.

Die kurze Darstellung der Ziele der Explikation im Meteoriten-Beispiel läßt auch diese Technik als eine mögliche Alternative erscheinen, zumal die zusammengefaßten Textteile im weiteren Verlauf expliziert werden müssen.

Die Explikation läßt sich jedoch nicht ohne Probleme auf die Analyse von Zeitschriftentexten übertragen. Wie bereits erwähnt, wurde die Qualitative Inhaltsanalyse zur Analyse von Interviews entwickelt. Die Explikation ist eine Handhabung, die sehr auf die Analyse solcher Materialien spezialisiert ist, da hier eine Reihe von Zusatzinformationen notwendig sind, wie z.B. die konkreten Entstehungsbedingungen des Textes. Im Zentrum dieser Analysetechnik steht denn auch weniger der Sinngehalt des Textes als der Textproduzent selbst bzw. seine individuelle Verwendung (sozio-)kulturell geformter Grammatiken, Begriffe usw.

Bei jeder Explikation muß die Grundlage die lexikalisch-grammatikalische Definition sein; die Bedeutung von Sprache wird laufend auf dem jeweiligen kulturellen Hintergrund in ihrer jeweils aktuellen Ausprägung in Wörterbüchern, Lexika festgehalten; die Struktur von Sätzen wird in Grammatiken festgelegt. Diese allgemeine lexikalisch-grammatikalische Definition der Textstelle zu kennen ist die Voraussetzung der Explikation.

Interessant und wichtig wird die Analyse aber erst dann, wenn der Sprecher davon abweicht, spezifische eigene Bedeutungen in Sprache hineinlegt oder sich unvollständig, unklar ausdrückt. Da muß dann auf den *Kontext*, in dem die Äußerung steht, zurückgegriffen werden.

(MAYRING 1995, 70 f., Hervorhbg. i. Org.)

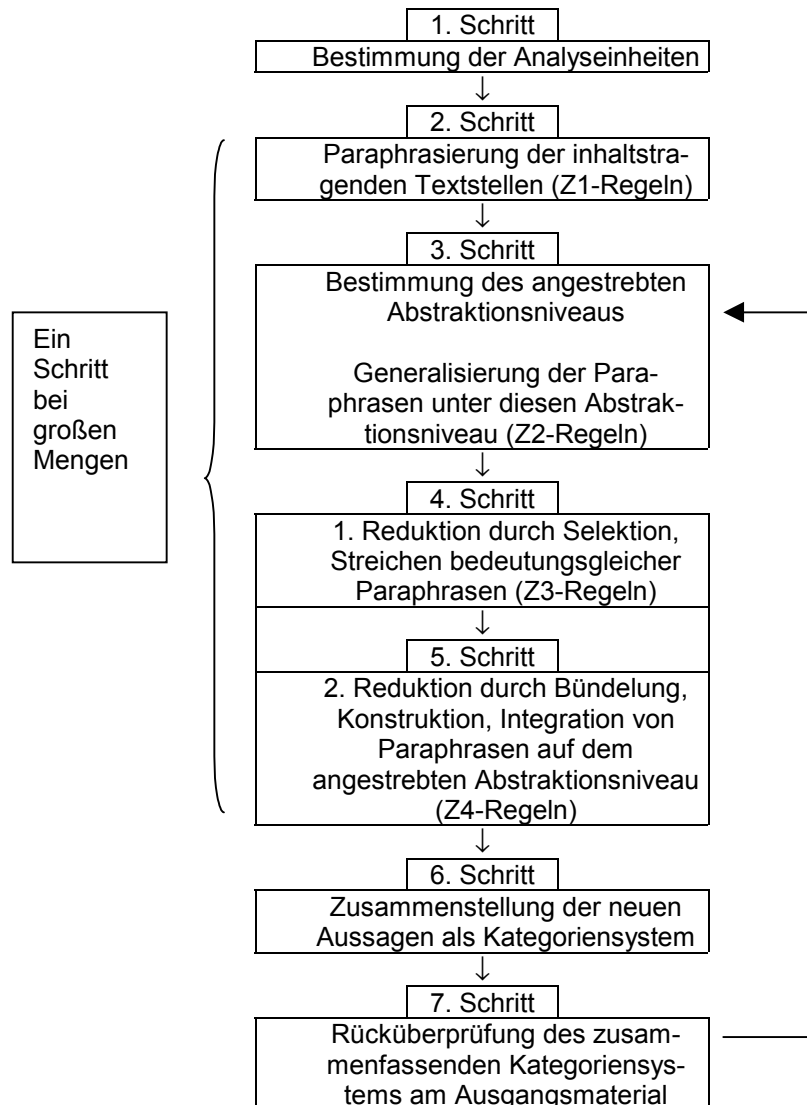
Interessant und wichtig ist für die vorliegende Analyse jedoch nicht die Abweichung von einer wie auch immer festgelegten Norm. Mich interessiert, welche Themen und Argumente ausgetauscht werden, welche Diskussionen laufen, welche Ansichten es in den unterschiedlichen Jahren des Untersuchungszeitraumes gibt und welche Veränderungen festzustellen sind.

MAYRING (1995) bietet verschiedene Techniken an. Es ergibt sich die Möglichkeit, die Zusammenfassung insgesamt etwas aufwendiger zu gestalten oder die Explikation in ihren Möglichkeiten zu drosseln. Ich habe mich für die erste Möglichkeit entschieden und werde ggf. explizierende Aussagen aus den Texten in die Paraphrasen mit aufnehmen. Explizierende Aussagen erscheinen hier als Literaturangaben, Zitate oder Hinweise auf Forschungsdesiderate. Das konkrete Ablaufmodell entspricht etwa der Abbildung 8.

## **6.6 Definition der Analyseeinheiten**

Analyseeinheiten sind sinntragende Aussagen aus den ausgewählten Zeitschriftenartikeln. Es hat sich als hilfreich herausgestellt, den jeweiligen Beitrag absatzweise zu untersuchen. Daher ist die kleinste Analyseeinheit zunächst der einzelne Absatz eines Aufsatzes, der durch eine Paraphrase zusammengefaßt werden soll. Dies ist etwa zu vergleichen mit einer Überschrift über dem jeweiligen Absatz. Nach dieser ersten Bearbeitung des Textes kann man gleichlautende Überschriften noch einmal zusammenfassen. Dies bleibt eine pragmatische Regel, da es möglich ist, daß in einem Absatz mehrere unterschiedliche sinntragende Äußerungen

feststellbar sind, die nicht mit einer Überschrift erschöpfend zur Darstellung kommen. War dies der Fall, wurden mehrere Paraphrasen formuliert.<sup>3</sup>



**Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse. Aus: MAYRING 1995, 55**

Die Bearbeitung des Materials erfolgte nach den sog. Z-Regeln, die MAYRING (1995) in Form von Anweisungen aufstellt:

<sup>3</sup> Insgesamt habe ich 1.665 Absätze untersucht.

Z1: *Paraphrasierung*

- Z1.1 Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2 Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3 Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: *Generalisierung auf das Abstraktionsniveau*

- Z2.1 Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, so daß die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2 Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3 Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!

Z3 *Erste Reduktion*

- Z3.1 Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2 Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3 Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!

Z4: *Zweite Reduktion*

- Z4.1 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2 Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.3 Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Pa-

raphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4 Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zuhilfe!

(MAYRING 1995, 58; Hervorhbg. i. Org.)

## 6.7 Paraphrasierung und Zusammenfassung: Beispiel

Ziel dieses Vorgehens ist die Ermittlung einzelner Paraphrasen. Zur Verdeutlichung werde ich dies an einem Beispiel demonstrieren. Eine der ermittelten Paraphrasen lautet: „Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung“. Diese Formulierung konnte ich in verschiedenen Aufsätzen feststellen. U.a. bei: BERGMANN, Klaus & Hans PRÜMPER: Hat Peter H. noch eine Chance? In: Sozialmagazin 1977, 8, 44 - 49. Der dreizehnte Absatz dieses Textes lautet:

**Warten, warten.** Dieser anfängliche Elan wird gedämpft bei der Tätigkeit, die vorerst einmal seine Hauptbeschäftigung werden sollte, die Auseinandersetzung mit Ämtern: Bescheinigungen abholen, Formulare ausfüllen, Untersuchungen beim Amtsarzt, Tests ablegen, Zeugnisse einreichen, Anträge stellen und vor allem warten, warten ...

(Ebd., 46. Hervorhbg. i. Org.)

Nach Anwendung der ersten drei Z-Regeln habe ich folgende Zusammenfassung erreicht: „Bürokratisierung der Rehabilitation“. Diese recht knappe Zusammenfassung scheint gerechtfertigt, da die Autoren die Kernaussage mit Beispielen zu verdeutlichen, die lediglich zur Veranschaulichung des Problems dienen.

In anderen Aufsätzen finden sich ähnliche Formulierungen. Z.B. in der folgenden Publikation: WAGNER, Helmut: Der Arzt als Sozialarbeiter. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 85-87. Hier der erste Absatz im Original:

Die Komplexität unseres sozialen Zusammenlebens macht es zunehmend schwieriger, psycho-soziale Probleme des Einzelnen, wozu auch die Belastungen einer Dauerkrankheit

gehören, wie früher im Rahmen der Familie oder seiner umgrenzten Arbeitswelt zu lösen. Deshalb werden Institutionen für fachmännische Beratung gefordert und eingerichtet. Vielfach sind diese schon bald nach ihrer Gründung überlastet, und wohlgemeinte Ratschläge führen mitunter nicht zu wirklicher Hilfe oder diese bleibt im rein Administrativen stecken. Andererseits hält manchen diese Konfrontation mit der Bürokratie von vornherein ab, sich amtlicher Hilfe zu bedienen, und er sucht lieber eine menschliche Zuwendung im alten Stil. Daß Menschen bereit sind, diese persönliche Beratung und Hilfe wie früher auch heute noch zu geben, vermenschlicht unser Dasein und spart den öffentlichen Institutionen Aufwendungen, die den Rahmen des Tragbaren überschreiten würden.

(Ebd., 85)

Nach Anwendung der ersten drei Z-Regeln wurde dieser Absatz reduziert auf folgende Zusammenfassung:

„Psychosoziale Probleme des Einzelnen sind wegen der Komplexität gesellschaftlichen Zusammenlebens schwieriger im begrenzten Rahmen der Familie zu lösen. Beratungsinstitutionen werden eingerichtet, sind jedoch schon bald überlastet. Die Konfrontation mit der Bürokratie wird abgelehnt und menschliche Kontakte gesucht, um persönliche Beratung zu erhalten. Die Bereitschaft persönliche Beratung und Hilfe zu geben, spart öffentliche Kosten und vermenschlicht unser Dasein.“

Diese Zusammenfassung ist wesentlich länger als die im ersten Fall. Hier versucht der Autor eine Einführung in das Thema und spricht eine Reihe von Problemen an. Hier geht es u.a. auch um das Problem der Bürokratisierung. Nach der Anwendung der vierten Z-Regel lassen sich beide Textstellen mit der Paraphrase: „Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung“ darstellen. Die Komplexität der Aussagen im zweiten Textbeispiel ist jedoch mit dieser Paraphrase nicht ausreichend berücksichtigt. Die Aussagen dieses Absatzes werden daher noch mit anderen Paraphrasen dargestellt, z.B. „Einfache Erklärungen sind nicht vorhanden“.

Durch dieses Vorgehen habe ich insgesamt 97 Paraphrasen ermittelt. Diese sind im Anhang vollständig aufgeführt.

## **7 Interpretation der Ergebnisse**

In diesem Kapitel soll der sozialpädagogische Diskurs über Gesundheit näher beschrieben und ein grober Überblick über die Ergebnisse gegeben werden. Dabei gehe ich in drei Schritten vor, die unterschiedlich breiten Raum einnehmen. Zunächst werde ich nachzeichnen, wie die Interpretation der Paraphrasen mittels eines Interpretationsinstrumentes vorgenommen wurde. Zweitens wird ein Überblick über den ermittelten Diskurs gegeben, der noch sehr eng an den Paraphrasen bleibt (Kapitel 8). Schließlich möchte ich im dritten Schritt komplexere Zusammenhänge ausführlicher darstellen (Kapitel 9). Dabei wird die Ebene der Paraphrasen verlassen und auf Bezugspunkte außerhalb des untersuchten Corpus verwiesen. Die solchermaßen erweiterte Ebene wird mit Annahmen aus dem Konzept Risikogesellschaft verglichen und diskutiert.

### **7.1 Entwicklung eines Interpretationsinstrumentes**

Der erste Schritt des Interpretationsvorganges soll möglichst genau expliziert werden, da dieser Punkt in der Literatur zur qualitativen Forschung wenig Beachtung findet. Dies ist in der einschlägigen Literatur ein oft formulierter Kritikpunkt, dem ich im Rahmen dieser Untersuchung leider durchaus zustimmen kann. Es geht um den Prozeß der Interpretation der ermittelten Textaussagen und den Vorgang der Ordnung dieser Daten unter ein im Forschungsprozeß entstandenes Verständnis. Dies macht einen zentralen Vorgang der gesamten Untersuchung aus, denn es handelt sich hier um den eigentlichen Erkenntnisgewinn. Bedauerlicherweise bleibt der qualitative Forscher in diesem Punkt sehr alleingelassen. Denn, ich betone es noch einmal: Es dreht sich hier um die zentrale Frage, was mit den Paraphrasen und gekürzten Aussagen aus den Texten zu geschehen hat.

Nach Durchführung meiner Untersuchung konnten die zahlreichen Aussagen aus den ursprünglich 1.665 Absätzen der 63 Zeitschriftenbei-

trägen durch insgesamt 97 Paraphrasen dargestellt werden. Diese Reduktion war möglich durch die konsequente Anwendung der von MAYRING vorgeschlagenen Z-Regeln (s.o.).

Aufgrund der Anlage und Durchführung der Untersuchung gehe ich davon aus, daß diese Aussagen den Gesamtdiskurs stellvertretend nachzeichnen.

In diese bereits unüberschaubare Fülle muß im nächsten Schritt eine Struktur gelegt werden. Ich verwende bewußt die Aussage, daß die Struktur vom Forscher in dieses Corpus zu legen ist. Es handelt sich um einen aktiven, kreativen Vorgang seitens des Ermittlers und nicht um die passive Aufnahme einer objektiven Wirklichkeit, die lediglich abgebildet erscheint. Wie diese Struktur in das Untersuchungsfeld hineingelesen wird, hängt mit der Ausgangsfrage und dem bisherigen Forschungsprozeß fraglos zusammen und ist somit nicht willkürlich.

Die Aussagen aus den Texten haben verschiedene Qualitäten: Sie wurden von bestimmten Personen, an bestimmten Orten, mit einem spezifischen Inhalt und zu einem bestimmten Zeitpunkt gemacht. Um einen Überblick zu bekommen, habe ich die Paraphrasen nach den Zeiträumen geordnet, in denen sie feststellbar sind. Erst danach trat die Frage nach den inhaltlichen Qualitäten der Texte auf. Die Aussagen primär nach der Zeit ihres Erscheinens zu ordnen, ist der erste und einfachere Schritt. Es geht also im ersten Interpretationsschritt um die Frage, welche Aussage wurde 1977, 1981 usw. gemacht. Anschließend befaßte sich die Analyse damit, wie diese Paraphrasen auf einem höheren Abstraktionsniveau zusammenzufassen sind.

## **7.2 Aussagen in Beziehung zu ihrem Erscheinungszeitpunkt**

Auch hier werde ich das Vorgehen anhand eines Beispiels demonstrieren. Die bereits erwähnten Paraphrasen „Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung“ und „Einfache Erklärungen sind nicht vorhanden“ habe



ich in Texten aus verschiedenen Jahrgängen festgestellt: Die erste Paraphrase stammt aus den Jahren 1977 und 1983, die zweite 1977 und 1981. Andere Paraphrasen sind in anderen Jahrgängen feststellbar. So streut die Paraphrase „Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien“ in den Jahrgängen 1977, 1981, 1987, 1989 und 1991. Sie ist somit relativ häufig vorhanden und zudem im gesamten Untersuchungszeitraum aufzuspüren. Andere sind nur in wenigen Jahrgängen vorfindbar. Die Paraphrase „Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen“ z.B. nur im Jahrgang 1989, dort jedoch mehrfach.

Die Ordnung der Paraphrasen nach den Jahrgängen zeigt deren unterschiedliche Qualitäten. Wird eine Paraphrase in den Jahrgängen 1977, 1981 und 1983 ermittelt, dann stellt sie dadurch offensichtlich einen Aussagezusammenhang dar, dessen Beginn sehr wahrscheinlich vor dem Untersuchungszeitraum zum Repertoire zeitgenössischer Diskussionen gehörte und in der Mitte der achtziger Jahre an Aktualität verliert - wie das Beispiel der Bürokratisierung. Die Aussage bezüglich der durch gesetzliche Regelungen hervorgerufenen Paradoxien hingegen findet sich über dem gesamten Untersuchungszeitraum verteilt. Dies scheint ein durchgängiger Aussagezusammenhang und damit ein zentrales Thema sozialpädagogischer Diskussion im Gesundheitswesen zu sein. Die Aussage zur Verantwortlichkeit der Verbände verhält sich spiegelbildlich zur Bürokratisierungsparaphrase. Diese Aussage wird erst gegen Ende der achtziger Jahre formuliert und ist ein gegenwärtig aktuelles Thema.

Nach der vorangegangenen kurzen Beschreibung der Problematik sollte deutlich geworden sein, daß es eine Reihe von Möglichkeiten gibt, wie diese Paraphrasen über den Untersuchungszeitraum streuen. So ist z.B. vorstellbar, daß eine Paraphrase nur zu Beginn des Untersuchungszeitraumes und am Ende festgestellt wird. Es scheint, daß diese Aussage Mitte der achtziger Jahre kaum eine Rolle spielte.

Um einem solchen noch sehr groben Überblick eine weitere Struktur

zu verleihen, habe ich eine Möglichkeit der Kategorisierung gewählt, die lediglich heuristische Funktion besitzt. Darum habe ich die verschiedenen Jahrgänge der Veröffentlichung zu einzelnen Gruppen zusammengefaßt. Gruppe 1 besteht aus den Jahrgängen 1977, 1981 und 1983 (in den Jahrgängen 1975 und 1979 wurde nach der zweiten Durchsicht kein geeigneter Beitrag gefunden, vgl. 6.2.3); Gruppe 2 setzt sich aus den Jahrgängen 1985, 1987 und 1989 zusammen; Gruppe 3 besteht aus den Jahrgängen 1991, 1993 und 1995.

Diese Gruppierung ist ausdrücklich als ein erstes Hilfsmittel zu verstehen, denn sie kann durchaus anders getroffen werden. Es wäre möglich, eine so fundierte Gruppierung an gesellschaftspolitisch relevante Ereignisse zu binden. Sie sind bei näherer Betrachtung der jüngeren Geschichte reichhaltig vorhanden: die politische (und „geistig-moralische“) Wende nach dem Wechsel der Bundesregierung 1982, das Reaktorunglück in Tschernobyl 1986, die Gesundheitsreform 1989, die deutsche Vereinigung 1989/90 usw. Diese Ereignisse sind mit einem festen Datum versehen, was eine Strukturierung - oberflächlich betrachtet - erleichtern könnte. Es wird aber durch das Datum nicht festgelegt, daß diese Ereignisse genau datierbare Auswirkungen gehabt haben. Vielmehr muß eine Zeitverzögerung zur Geltung kommen. Schwieriger wird die zeitliche Strukturierung mittels Ereignissen, denen kein genaues Datum zugeordnet werden kann, wie z.B. die in den achtziger Jahren zaghaft beginnende Diskussion um AIDS und dessen Prävention.

Da diese Gruppen jedoch nur einen ersten Überblick gewähren, der später zu einer näheren Betrachtung führen soll, reichen sie vorerst aus, zumal die Trennschärfe der Jahreszahlen für eine Betrachtung eines prozeßhaften Geschehens ohnehin kaum in Betracht zu ziehen ist.

Die folgende Gruppierung läßt einen genaueren Blick zu, indem die Paraphrasen einzelnen Kategorien zugeordnet werden. Dies verdeutlicht Tabelle 2.

	'77 / '81 / '83	'85 / '87 / '89	'91 / '93 / '95
KAT 1	Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung		
KAT 2		Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.	
KAT 3			Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.
KAT 4	Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.		
KAT 5		Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.	
KAT 6	Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin		Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin
KAT 7	Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien		

**Tabelle 2:** Gruppierung der Paraphrasen

Die Kategorien 1-3 sollen Paraphrasen darstellen, die ausschließlich in einer Jahrgangsgruppe vorfindbar sind. So gehören Paraphrasen, die nur zwischen 1991 und 1995 feststellbar waren in die Kategorie 3. Paraphrasen aus den Kategorien 4-6 sind in jeweils zwei Jahrgangsgruppen feststellbar; Kategorie 7 repräsentiert Paraphrasen, die über den gesamten Untersuchungszeitraum ermittelt wurden. In die einzelnen Tabellenfelder habe ich Beispiele eingetragen. Damit könnten bereits hier Aussagen über Kennzeichen des Gesamtdiskurses getroffen werden. Es handelt sich jedoch um einzelne Paraphrasen, die noch nicht in einem Gesamtzusammenhang stehen. Es besteht hier die Gefahr, sich in einer Mikro-

ebene zu verzetteln, die lediglich durch Jahreszahlen festgelegt ist. Dabei kann man leicht den Gesamtzusammenhang aus dem Blick verlieren.

### **7.3 Inhaltliche Dimensionen der Aussagen**

Die Ordnung der Paraphrasen in einer zeitlichen Ordnung ist relativ einfach. Schwieriger gestaltet sich die Analyse und Einordnung der inhaltlichen Qualitäten. Die ermittelten Textaussagen müssen in einem nachfolgenden Schritt mittels einer sinnvollen inhaltlich-qualitativen Unterscheidung gruppiert werden. Genau dieser Punkt, der einer der wichtigsten und schwierigsten im gesamten Untersuchungsverlauf ist, bleibt in der Literatur unterbelichtet. Auch in Publikationen, die Ergebnisse qualitativer Forschungstätigkeiten beschreiben, ist an dieser Stelle häufig eine Lücke festzustellen.

Sinnvoll und hilfreich ist es, einen relativ unvoreingenommenen Blick auf das ermittelte Material zu werfen. Dabei stellt sich das paradoxe Problem, Naheliegendes, quasi Unübersehbares zu erkennen. Dies kann geschehen, wenn bereits hier mehrere gedankliche Schritte vorausgegangen sind: Durch die Aufarbeitung und Lektüre der Zeitschriftenbeiträge habe ich eine Reihe von Informationen erhalten, die ich vorher noch nicht hatte. Z.B. über den Umgang mit Langzeitkranken, die feministische Perspektive zur Gesundheitsreform, Gesundheitserziehung in China, die Vergabe von Fluortabletten in Kindergärten usw. Diese Informationen haben meinen Horizont zweifellos erweitert. Diese z.T. detaillierten Informationen sollen bei der ersten Betrachtung der Paraphrasen möglichst in den Hintergrund gestellt werden, da eine Integration sämtlicher Details eine Überforderung darstellt und eher zur Verwirrung führen würde. Es ist daher sinnvoll, eine etwas größere Distanz zum Untersuchungsmaterial einzunehmen. Der erste Schritt zur Erkenntnis ist somit zunächst ein Schritt zurück! Ich stellte mir deshalb die Frage, welche Unterscheidung ich wählen würde, wenn ich die Paraphrasen in eine, zwei oder maximal

drei Rubriken ordnen wollte. Dabei ließ ich mich von der Gewißheit leiten, daß einer Unterscheidung sehr schnell andere darauf aufbauende Unterscheidungen folgen.

Die erste Unterscheidung klingt dementsprechend trivial: Die Aussagen beziehen sich

- auf Probleme, die eine Belastung für bestimmte Individuen oder ein zu definierendes Klientel darstellen, wobei insbesondere die Ursachen genauer beschrieben werden.
- auf einen Lösungsvorschlag, der mehr oder weniger genau expliziert wird.
- auf die Zuständigkeit der Sozialarbeit bezüglich der Problemanalyse und -behebung hervortreten läßt. Dies geschieht in Verbindung mit einem Verweis auf die sozialpädagogische Historie („Spurensuche“).

Die Zuordnung der Paraphrasen zu den einzelnen Problemfeldern befindet sich im Anhang. Die Trennung von Problemen und Lösungen bleibt dabei notwendig durchlässig. Probleme und Lösungen stellen zwei Seiten einer Unterscheidung dar. So ist es möglich, daß einzelne Paraphrasen sowohl dem Lösungs- als auch dem Problem diskurs zuzuordnen sind. Z.B. die Paraphrase „Klienten sind individuell unterschiedlich“. In dieser Aussage wird der Lösungsvorschlag unterbreitet, einen differenzierten Zugang zum Subjekt zu suchen. Gleichzeitig enthält sie aber eine implizite Problembeschreibung. Nämlich, daß Lösungskonzepte nicht einfach zu finden sind und ein individuelles Moment zu beachten ist.

Der Themenkomplex „Zuständigkeit und Spurensuche“ zielt auf eine Beschreibung sozialpädagogischer Aufgaben bei gleichzeitiger Reklamation der Zuständigkeit für bestimmte Handlungsfelder. Es geht um die Bestätigung, daß Sozialpädagogik für einen angebbaren Problemkreis zuständig ist und eine entsprechende disziplingeschichtliche Entwicklung

vorweisen kann.

Es bleiben einige Paraphrasen, die nicht eindeutig zugeordnet werden können. Auch diese sind im Anhang dokumentiert. Doch die erste Unterscheidung erweist sich als sehr sinnvoll. Mit diesen Instrumenten sind geeignete Mittel gefunden, um die ermittelten Paraphrasen zu analysieren. Das nächste Kapitel befaßt sich mit den inhaltlichen-qualitativen Aussagen.

## **8 Der sozialpädagogische Diskurs über Gesundheit**

In diesem Abschnitt möchte ich zunächst einen kurzen Überblick über die Themen geben, die zur Diskussion stehen, damit ein grobes Orientierungsraster gegeben ist. Ich werde die wichtigsten Themen lediglich kurz umreißen. Weitere Informationen zu den Themen folgen in der Diskussion und Darstellung der ermittelten Paraphrasen.

Die analysierten Zeitschriftenbeiträge umfassen eine Reihe von unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten. Die veränderte Sichtweise bezüglich Gesundheit läßt sich anhand dieses Materials nachvollziehen. In den Beiträgen aus den ersten Jahrgängen wird noch gezielt von der Gesundheitserziehung (für bestimmte Risiko- und Problemgruppen) gesprochen. Der Wandel zur Gesundheitsförderung (für prinzipiell alle Menschen) kommt in den beginnenden achtziger Jahren zum Tragen.

Dies ist sichtbar in der Wahl der Zielgruppen, die in den Zeitschriftenbeiträgen beschrieben sind. Gegen Ende der siebziger Jahre stehen soziale Randgruppen im Mittelpunkt der Diskussion. Zudem geht es z.B. um Sinn und Unsinn von Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch kranke oder behinderte Personen. Die Probleme von Langzeitkranken werden diskutiert. Gesundheitserziehung wird oft im Zusammenhang mit der Erziehung von Kindern propagiert; sei es in Form von Ernährungserziehung im Kinderheim oder im Sportunterricht, der als physische Erziehung Freude an der Bewegung wecken und somit positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben soll.

Das Thema der beginnenden achtziger Jahre ist die Selbsthilfebewegung. Auf diesen Problemkomplex werde ich in Abschnitt 9.2 genauer eingehen. Hier formuliert sich Kritik an Experten, die mit Hilfe ihrer Definitionsmacht Problemgruppen bevormunden. Die Forderung nach dem Selbstbestimmungsrecht von Betroffenen in eigener Sache dringt durch. In der Selbsthilfediskussion schaffen sich Verweise auf die Friedens- und Umweltschutzbewegung Raum. Umweltschutz bzw. Umweltrisiken wer-

den gleichfalls in diesem Zeitraum diskutiert und verstärkt hervorgehoben. Die Themen Wohnumwelt, Wohnungsknappheit und Umweltverschmutzung spielen zwar keine so herausragende Rolle wie die Selbsthilfebewegung, sind aber wichtige Bezugspunkte dieser Zeit.

Mit dem Ende der Selbsthilfediskussion wird zunächst programmatisch über den Wechsel von der Gesundheitsförderung zur Gesundheits-erziehung gesprochen; so auch von einer Revision der Ernährungs-erziehung. Der Begriff Gesundheitsförderung tritt etwa in der Mitte der achtziger Jahre auf. Es scheint jedoch, daß die beiden Begriffe (Gesundheitsförderung und -erziehung) synonym verwendet werden. Erst gegen Ende der achtziger Jahre beginnt sich der Begriff in der sozialpädagogischen Diskussion durchzusetzen, aber auch noch am Schluß des Untersuchungszeitraums läßt sich dieser Begriff vereinzelt nachweisen.

Spürbar ist auch die Ausdifferenzierung von Gesundheitsberufen, was Auswirkungen auf den Diskurs hat. War noch in den siebziger Jahren die Dominanz der Medizin im Gesundheitsbereich deutlich vorhanden, werden nun Kooperationsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe gesucht, die nicht nur medizinische Heilberufe zusammenführen soll. Auch die theoretische Ebene wird in diesem Bereich diskutiert, da sich die Gesundheitswissenschaften zu etablieren beginnen und mögliche Überschneidungspunkte mit und Abgrenzungsmöglichkeiten zur Sozialpädagogik gesucht werden.

Interessant sind zudem die Debatten über Gentechnik und Pränataldiagnostik, die innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums nachweisbar sind; etwa Ende der achtziger und am Beginn der neunziger Jahre. In diesem Zeitraum sind auch die Ethik- und Moraldiskussionen in der Sozialpädagogik auszumachen, die ähnliche Argumente austauschen.

Seit Ende der achtziger Jahre läuft eine eher unterschwellige Diskussion über die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes und seiner verschiedenen Stufen. Die Folgen für die Sozialpädagogik im Gesund-



heitswesen werden zwar angeprangert und beklagt, eine politisch dominierte Diskussion entsteht jedoch nicht. Auch hier zeigt sich eine Parallele zur skizzierten Entwicklung der Sozialpädagogik (vgl. 2.5), indem auch im Gesundheitswesen eine zunehmende Entpolitisierung feststellbar ist.

## 8.1 Bestimmung der Zuständigkeit für Gesundheit

Eine der ersten Fragen, die es sich zu stellen lohnt, ist die nach der berechtigten Zuständigkeit der Sozialpädagogik für den Bereich der Gesundheit. Tatsächlich werden hier eine Reihe von Antworten gegeben. Bezeichnend ist, daß die Frage beantwortet wird, ohne explizit von Dritten gestellt worden zu sein. Es handelt sich vielmehr um ein beständiges Einweben von Aussagen über die Zuständigkeit, ohne auf einen aktuellen Rechtfertigungszwang zu reagieren. Da man über die Zuständigkeit der Sozialpädagogik in Fragen der Gesundheit *von Sozialpädagogen für Sozialpädagogen* nachdenkt, handelt es sich um eine Art Selbstbestätigung. Dieses gegenseitige Schulterklopfen oder „kollektive Feedback“ bestätigt, daß das, was geschieht, berechtigt ist und kompetent ausgeführt wird.

Inhaltlich ist eine eindeutige Antwort und unstrittige Begründung der Frage nach der Zuständigkeit erwartungsgemäß nicht vorhanden. Vielmehr lassen sich drei Teildiskurse nachzeichnen, die durch die folgenden Antwortschemata skizziert sind:

- Andere Disziplinen sind *nicht zuständig*, weil ...
- Die Sozialpädagogik ist *zuständig*, weil ...
- Die Sozialpädagogik wird weiterhin zuständig bleiben, wenn ...

Der Diskurs der Selbstbestätigung ist in seiner Gesamtheit gemäß der vorgeschlagenen Kategorisierung ein Diskurs mit der Bezeichnung KAT 7. Dringt man jedoch mittels der Antwortschemata inhaltlich tiefer in den Diskurs ein, erweist sich eine weitere zeitliche Kategorisierung wegen der

Heterogenität der einzelnen Aussagen als schwierig.

Diese Teildiskurse folgen nicht aufeinander. Vielmehr laufen sie gleichzeitig ab und durchdringen sich gegenseitig. Tendenziell lassen sich folgende Aussagen treffen: Der Diskurs der „Nicht-Zuständigkeit“ ist in den siebziger Jahren ausgeprägter als in den darauffolgenden Jahrgängen (KAT 1 oder KAT 4). Die „Zuständigkeit“ wird vermehrt in den achtziger und neunziger Jahren herausgestellt (KAT 5).

### **8.1.1 Nicht-Zuständigkeit der anderen Disziplinen**

(Dieser Teildiskurs überschneidet sich notwendigerweise mit dem Abschnitt 8.2.1.3. Redundanzen sind daher nicht zu vermeiden, werden aber auf ein Mindestmaß reduziert).

Der hier angesprochene Diskurs betrachtet andere Disziplinen von außen. Probleme, Inkonsistenzen und defizitäre Zustände der anderen Disziplinen werden aus sozialpädagogischer Sicht interpretiert. Wobei unter „die anderen Disziplinen“ wesentlich die Medizin zu verstehen ist. Eine differenzierte Innensicht der betroffenen und kritisierten Disziplin bleibt dabei häufig unberücksichtigt.

Zweifel an der Kompetenz beziehen sich hauptsächlich auf die Medizin. Diese Zweifel regen sich besonders angesichts des heute noch partiell spürbaren Alleinvertretungsanspruches der Medizin für alle Gesundheitsfragen. Dabei werden ihr interne Zerwürfnisse vorgeworfen, die zu Irritationen im Gesundheitsbereich führen. Derartige Streitigkeiten liegen zuerst in der theoretischen Fundierung medizinischer Kunst, und es wird ein Defizit angenommen, insbesondere in den Gebieten, die die Medizin selbst als „Randbereiche“ definiert wie Prävention und Rehabilitation. Wie ich später zeigen möchte, sind hier wichtige Gründe für ein Scheitern der gleichberechtigten Kooperation von Sozialarbeitern und Mediziner\*innen verborgen.

Zunächst ist die Sozialarbeit im Gesundheitswesen noch eng an das medizinische Menschen- und Weltbild gebunden. Die aufkommenden Fragwürdigkeiten und Widersprüche haben folglich in mehrerer Hinsicht Auswirkungen auf den beginnenden Abkopplungsprozeß des sozialpädagogischen Gesundheitsverständnisses.

Die Unzulänglichkeiten des rein biophysischen Zuganges zu Gesundheitsfragen führen zu Reformbestrebungen bezüglich der sozialpädagogischen Ausbildung - besonders bei einer Qualifikation für die Arbeit im Krankenhaus. Es werden daher bereits früh Überlegungen in konzeptioneller Hinsicht angestellt.

Ein gemeinsamer Entwurf der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. und des Bundesgesundheitsrates zur Reform der Ausbildung von Sozialarbeitern bringt dies bereits 1977 deutlich zum Ausdruck. Den Organisationen ist klar, daß auch Elemente jenseits der vorherrschenden Schulmedizin zum Repertoire sozialpädagogischer Ausbildung gehören müßten.

Nach den gemeinsamen Vorstellungen der beiden Organisationen ist (...) im einzelnen die Krankheit als somatischer und psychosozialer Prozeß zu beleuchten, wobei die Begriffsbestimmung „Krankheit“ und „Gesundheit“ kritisch betrachtet werden müssen. „Hierbei müssen Definitionen, aber auch Haltungen und Wertsysteme der modernen Medizin vergleichend unter dem Aspekt der verschiedenen sozialen Systeme und auch unter der diese Systeme übergreifenden Gegensätzlichkeit von konventioneller und psychosomatischer Medizin analysiert werden“ heißt es (...) in dem Grundsatzpapier.

(RAHNER 1977, 96)

Dieses zunächst auf theoretischer und konzeptioneller Ebene dargestellte Problem der „Gegensätzlichkeit von konventioneller und psychosomatischer Medizin“ hat eine durchaus praktische Evidenz für praktizierende Ärzte. In der gleichen Ausgabe der „Blätter der Wohlfahrtspflege“, aus der das obige Zitat stammt, befindet sich zufällig (?) der Bericht eines Kinderarztes. Darin heißt es u.a.:

Man rechnet heute mit 30 bis 50 Prozent Patienten, die ihre Ärzte wegen Beschwerden aufsuchen, die ihre Ursache in psycho-sozialen Problemen haben.

(...)

Dennoch möchte bei zu geringer Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialmedizin mancher Arzt bei der Begegnung mit dem Patienten solche Fragen nicht ansprechen, um nicht in unbeherrschbare Schwierigkeiten zu kommen.

(WAGNER 1977, 86)

Die internen Probleme der Medizin kommen also bereits früh in sozialpädagogischen Kreisen zur Diskussion. Die Kompetenz, die zum angemessenen Alleinvertretungsanspruch notwendig ist, wird dadurch in Frage gestellt. So entdeckt die Sozialpädagogik ein Feld, für das Mediziner – auch aufgrund eigener Aussagen (s.o.) - ungeeignet sind. In den Anfängen dieser Entwicklung wird allerdings noch eine fruchtbare Kooperation angestrebt.

Dabei macht sie [die Sozialarbeit, T.S.] dem Arzt seine Rolle und seine Aufgaben nicht streitig. Hat er sich eine eigene berufliche Kompetenz für (psychosozial und sozio-ökologisch begründete) Gesundheit erworben, braucht der Sozialarbeiter sein Selbstbewußtsein auch nicht mit medizinischem Halbwissen zu stützen. Eine entsprechend akzentuierte Ausbildung für ihn fehlt noch. Sie wird eine Veränderung des üblichen Selbstverständnisses von Sozialpädagogik brauchen.

(WENDT 1977, 78)

Ferner führen gesellschaftspolitische Entwicklungen zu weiteren Zweifeln an der medizinischen Integrität. Die zu Beginn der achtziger Jahre erstarkende Friedensbewegung diskutiert u.a. die fragwürdige Rolle der Wehrmedizin und die Bedeutung der Ärzte im Zusammenhang mit Hochrüstung und nuklearer Bedrohung. Im Rahmen des Hamburger Gesundheitstages 1981 - im gleichen Jahr nahmen 300.000 Menschen in Bonn an einer Demonstration der Friedensbewegung teil - steht die Rolle der Mediziner auch in dieser Hinsicht im Zentrum. Ein Bericht über den Gesundheitstag trägt den provokativen Titel „Die Gefahren der modernen Medizin für die Gesundheit“ (PUHL 1981), in dem eine offenkundige

Spaltung des Ärztestandes dargestellt wird.

Sie hatten sich noch nicht getroffen - und waren schon verteufelt. Die ärztlichen Standesorganisationen warnten ihre Mitglieder vor den eigenen Mediziner-Kollegen: „Lila-Latzhosenträger marschieren scharf nach links und machen in dubiosen Zirkeln mobil“.

(PUHL 1981, 68)

Die militärische Ausdrucksweise, mit der Standesorganisationen die Kollegen voreinander warnen, ist für die Kritiker Anlaß zu entsprechenden Entgegnungen. Eine polemische Replik wirkt dadurch selbstverständlich.

Auch ohne die parallele Entwicklung der Selbsthilfebewegung bietet das bisher als unantastbar geltende Bild des Mediziners weitere Angriffsflächen. „Die Medizin“ mit einem einheitlichen Standesbewußtsein und genauer Kenntnis der via regia zur Gesundheit, scheint es nicht zu geben. Das Vertrauen schwindet zusehends, und die richtungsweisende Funktion der Medizin für die auf Gesundheitsförderung bezogene Sozialpädagogik geht verloren.

Die bereits erwähnte interne theoretische Fragwürdigkeit von medizinischen Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepten wird in der weiteren Entwicklung durch die Ottawa-Charta von 1986 offensichtlich (vgl. 4.3). Zusätzlich sorgt die durch Statusprobleme hervorgerufene Zerstrittenheit der medizinischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen für Probleme, die von außen - in diesem Falle der Sozialpädagogik - wahrgenommen werden. Sie fließen auch in die Diskussion über eine Kooperation von Medizin und Sozialarbeit ein (GÜNTHER 1991, 90), die sich allmählich von der Medizin in Gesundheitsfragen emanzipiert bzw. es zumindest ernsthaft versucht.

Schließlich mündet die Abgrenzung in eine offene Konfrontation. Es erscheinen Thesen gegen die Dominanz der Medizin im Gesundheitswesen. So werden z.B. Pfade, die außerhalb schulmedizinischer Wege

gangbar erscheinen, positiv bewertet und ausdrücklich empfohlen.

Psychologische und sozialwissenschaftliche Störungs- und Krankheitstheorien haben sich bei der Entwicklung adäquater Behandlungsmethoden im kurativen und rehabilitativen Bereich mindestens ebenso bewährt wie der medizinische Krankheitsbegriff; in der Prävention haben sie ihre Vorrangstellung mehrfach unter Beweis gestellt.

(HUTTER 1991, 23)

Während hier noch eine qualitative Ebenbürtigkeit suggeriert wird, dreht sich das Verhältnis in den weiteren Thesen um. Man spricht dem medizinischen Vorgehen schlichtweg die Effizienz ab, dessen paradoxe Effekte stehen in der Kritik.

Aus gutem Grund fordert auch die Expertenkommission der Bundesregierung ein Psychotherapeutengesetz. Sie geht davon aus, daß nicht selten psychotherapeutische Behandlungen ausreichen, um psychische Erkrankungen zu lindern oder zu heilen. Oft könnten so jahrelange Fehlbehandlungen mit Medikamenten und Krankheitschronifizierungen verhindert werden. Es wäre angemessen, wenn an die Nachweisqualität medizinischer Behandlungen ähnlich hohe Kriterien angelegt werden würden [wie] bei der psychologischen Psychotherapie.

(Ebd., 23)

Insgesamt scheint die Kritik an der Medizin ein sich sprunghaft entwickelnder Prozeß der Entzauberung zu sein. Durch dieses zunehmend respektlose Umgehen mit einer bis in die siebziger Jahre hinein unantastbaren Institution gewinnt die sozialpädagogische Diskussion Spielraum.

Denn die Lösungsmöglichkeiten liegen oft außerhalb der medizinischen Intervention und bestehen in der Intensivierung sozialer Kontakte und Erlebnisse, Annahme häuslicher Hilfen, Veränderung der Wohnsituation, im Aufbrechen pathologischer Beziehungsstrukturen etc.

(GARMS-HOMOLOVÁ 1989, 181)

Es wird ständig deutlicher, daß die Medizin nicht zu einer Veränderung der Lebensumstände beitragen kann. Ein entsprechendes Konzept kann und will die medizinische Theorie nicht liefern. Die Veränderung von

Lebensumständen wird so unter dem Etikett Gesundheitsförderung als konturiertes Arbeitsfeld der Sozialpädagogik betont. Diese Ansatzpunkte werden genutzt, um eigene Konzepte entwickeln und diskutieren zu können. Die Sozialpädagogik öffnet sich stärker dem Bereich der Gesundheitsförderung.

Dies bedeutet jedoch nicht, daß das medizinische Krankheitsmodell verschwindet. Die bestehenden Machtverhältnisse im Gesundheitsbereich bleiben bestehen. Mit § 20 Gesundheitsreformgesetz (SGB V) wurde den Krankenkassen ein Spielraum gelassen, gesundheitsfördernde Maßnahmen jenseits rein medizinischer Konzeptionen zu fördern. Die Sparpolitik schränkte diese Möglichkeiten jedoch schnell wieder ein. Nunmehr wird - wie bisher auch - wieder mit medizinischen Definitionen eine Maßnahme als gesundheitsfördernd diagnostiziert.

### **8.1.2 Zuständigkeit der Sozialpädagogik**

Die Zuständigkeit der Sozialpädagogik wird in mehrfacher Hinsicht erklärt. „Erklären“ darf dabei nicht als eine lückenlose Beweisführung verstanden werden. Auch eine wissenschaftstheoretische Begründung ist damit nicht gemeint. Die Nachzeichnung der historischen Entwicklung - als ein Diskussionsstrang - bietet keine überzeugende Erklärung, daß der status quo so und nur so sein kann und muß. Die historische Erklärung verschafft lediglich die Gewißheit, daß die augenblickliche Situation einen Punkt eines Entwicklungsprozesses darstellt, der in seiner Gesamtheit erklärbar und sinnvoll nachvollziehbar ist. Die positiven Effekte, die für alle Beteiligten daraus resultieren, entstammen darum nicht einem unberechenbaren Chaos, sondern einer stringenten Entwicklung mit der Zielorientierung „Gesundheit“.

Der Zuständigkeitsdiskurs verdeutlicht, daß die Sozialarbeit „schon immer“ Gesundheitsförderung war. Dieses „schon immer“ kann in ganz unterschiedlichen historischen Dimensionen vorhanden sein. Beginnend

mit der mittelalterlichen Armenfürsorge über die BISMARCK'schen Sozialgesetze bis hin zur Neuordnung des Sozial- und Gesundheitswesens in der Weimarer Republik werden Wurzeln der sozialpädagogischen Gesundheitsförderung entdeckt. Auch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1988 markiert einen historischen Punkt, der zum Ausgang für konkrete Konzepte avanciert.

Diese Entwicklung wird dabei nicht als ein regional begrenztes und typisch deutsches Phänomen begriffen, da auch bei der Betrachtung in anderen Ländern Parallelen auftreten (WALLER, LAASER & WENDT 1989, 206 ff.). Die paradigmatische Wende von der klassischen Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung erscheint gemäß dieser Sichtweise im Ursprung der Sozialpädagogik angelegt.

Meine Haupthese lautet, daß die Sozialarbeit erst am Beginn einer Entwicklung, und das heißt auch Professionalisierung, für gesundheitsbezogene präventive Aufgaben steht. Zwar beinhaltete sozialarbeiterisches Handeln (...) schon immer präventive gesundheitsbezogene Anteile, diese wurden aber bislang wenig beachtet, blieben weitgehend ungenutzt oder wurden selten systematisch entwickelt.

(WALLER 1987, 201)

Die Sozialarbeit hat demgemäß größere Ressourcen als angenommen. Durch die Abkoppelung vom medizinischen Verständnis und gleichzeitiger Adaption des biopsychosozialen Gesundheitsmodells gewinnt die Sozialarbeit erheblichen Raum zur Gestaltung ihrer (schon immer?) vorhandenen Fähigkeiten.

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sind keine neuen Aufgabenfelder der Sozialarbeit, die zu den schon vorhandenen hinzukommen. Sie sind integrale Bestandteile einer umfassenden Sozialarbeit, in dem Gesundheit auch als soziales Wohlbefinden verstanden wird. (...) sie könnte sogar einen neuen Zugang zu alten Problemen der Sozialarbeit eröffnen.

(Ebd., 208)

Die Begründung für eine angezeigte Partizipation der Sozialpädagogik



am boomenden Bereich Gesundheitsförderung ist somit etwas eigenwillig: Weil Sozialarbeit „schon immer“ Gesundheitsförderung war, ist sie auch jetzt Gesundheitsförderung. Es besteht hier die Gefahr eines Zirkelschlusses, der offensichtlich nicht erkannt wird. Diese Argumentation hat ein funktionales Resultat: Die Sozialpädagogik kann sich auf historische Wurzeln berufen, die für Zerstreuung etwaiger Selbstzweifel hilfreich sind.

Der Auftrag zu einem Engagement im Gesundheitsbereich wird der Sozialpädagogik auch aus ethischen Gründen zugewiesen. Sozialpädagogik erscheint in vereinzelt Quellen mit einem von außen zugeschriebenen Auftrag belegt. Hier wird ein ethisch begründeter Auftrag angenommen oder von einer prinzipiellen Verpflichtung zur Hilfe ausgegangen. Nähere Erläuterungen zur Genese des ethischen Auftrages finden sich allerdings nicht.

Neben dieser historischen Begründung und dem Auftrag von außen wird die Berechtigung auch aus anderen Quellen gespeist. Der momentane Zustand der Methodensicherheit und die Fähigkeiten zur Diagnose und Intervention bieten ein hohes Begründungspotential. Dabei geht man implizit davon aus, daß „Sein“ gleichbedeutend ist mit „Sollen“.

Die Wirksamkeit dieser Begründung liegt im meta-sprachlichen Bereich. In den Aussagen steht die Berechtigung für das sozialpädagogische Handeln vollkommen außer Frage. Der Aushandlungsprozeß über die Berechtigung zu intervenieren geht der Methodenauswahl voraus. Erst wenn die Grundsatzfrage „Ist die Sozialpädagogik berechtigt und in der Lage adäquat zu handeln?“ positiv beantwortet wurde, kann über das geeignete „Wie?“ nachgedacht werden. Somit impliziert bereits die Beschreibung und Propagierung eines spezifischen Handelns die Berechtigung für dieses Tun. Kritik wird allenfalls bezogen auf die Frage der Eignung einer Methode geübt. Die Berechtigung überhaupt zu handeln wird nicht in Zweifel gezogen. Somit ist auch die Beschreibung jedes Interventionsansatzes als Selbstbestätigung zu verstehen.

Ein weiterer Ansatz zur Begründung sozialpädagogischer Gesundheitsförderung ist pragmatisch ausgerichtet. Es ist der Verweis auf die entstehenden Kosten. „Schon allein Kostenüberlegungen sprechen für mehr Sozialarbeiter in Krankenhäusern und in der Gesundheitshilfe“ (WENDT 1977, 78). Dieser Diskurs gründet im Wesentlichen auf der Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Außerhalb dieses Kontextes ist er nicht feststellbar. Dabei mag die seit Jahrzehnten anhaltende Debatte über die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen (vgl. 4.1.1) für einen gewissen Rechtfertigungsdruck sorgen.

Zusätzlich darf die hier vorliegende Nähe und die bestehende Konkurrenz zur Medizin nicht unterschätzt werden, die für eine derartige Begründung verantwortlich sein könnte. Einerseits werden Aussagen über geringere Kosten in Zeiten der Ressourcenknappheit auch außerhalb des sozialpädagogischen Kontextes positiv vernommen und sorgen so für ein positives Feedback einer ansonsten kritischen Öffentlichkeit. Andererseits trifft die implizite Kritik an den erheblichen Kosten die Medizin an empfindlicher Stelle, besonders wenn die Kostenträger die Berechnungen nachvollziehen.

So weiß man im Wiesbadener Sozialministerium mittlerweile auch, daß diese Dienste [Krisenintervention im Krankenhaus; T.S.] ökonomisch Sinn machen: Kassel meldete neuerdings eine Minimierung der durchschnittlichen Verweildauer nach intensiver Gesprächsbetreuung auf dreieinhalb Tage. Eine Kosten-Nutzen-Analyse gibt es für Sozialdienste generell nicht, obwohl in jüngerer Zeit Krankheit und Therapie zwingend unter finanziellen Gesichtspunkten diskutiert werden.

(RABE 1985, 51)

Es sei der Hinweis darauf gestattet, daß hier rein finanzielle Kosten-Nutzen-Überlegungen der Sozialadministration positiv konnotiert werden, die ansonsten in der Sozialarbeit eher kritisch und ungern in den Blick kommen.

### 8.1.3 Zukunftsperspektiven der Sozialpädagogik

Einzelne Aussagen beziehen sich auf derzeitige Entwicklungen, die die zukünftige Zuständigkeit der Sozialpädagogik für Gesundheitsaspekte in Frage stellen. Die Zukunft erscheint in dieser Hinsicht unsicher, da das gewonnene Terrain zur Entfaltung von außen bedroht wird. Die „äußere Bedrohung“ erfolgt durch andere Disziplinen oder politische Entscheidungen.

Eine antizipierte Bedrohung für Gesundheitsförderung besteht in einem befürchteten Rollback. Die Initiatoren dafür sitzen vornehmlich in der Politik und der Medizin. Das mühsam gewonnene Terrain im Gesundheitswesen scheint bedroht, womit die Fortentwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der Sozialpädagogik beschnitten werden könnten.

So ist sicher das biopsychosoziale Störungsverständnis ein Fortschritt gegenüber einem inadäquaten biologistischen. Die Begriffsbildung bleibt aber eine Worthölse, wenn daraus lediglich eine neue ärztliche Spezialdisziplin abgeleitet wird.

(HUTTER 1991, 23)

Nicht nur die Medizin gilt als latente Bedrohung. Aus den Erfahrungen der Selbsthilfebewegung wird auch eine Gefahr durch die Politik vermutet (vgl. 9.2.2.2). Der Wechsel von der Gesundheitserziehung zur -förderung ist verbunden mit einer Phase der Instabilität, da neue Orientierungen und Grundbegriffe etabliert werden müssen.

Der Schluß liegt nahe, daß das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit auf Gesundheit politisch nur dann in Dienst genommen wird, wenn es um seine sozialpolitisch unbequemen Anteile bereinigt wird, also genau seiner zur Aktivierung und Interessendurchsetzung drängenden Elemente entkleidet ist. In diesem Sinne steht in der öffentlich-programmatischen Diskussion um Gesundheitsförderung z.Z. auch ihre mögliche Instrumentalisierung als rein sozial-technologisches Konzept auf der Tagesordnung.

(FRANZKOWIAK 1987, 220)

Das Problem der mangelnden Zukunftsperspektiven besteht gemäß

dieser Befürchtungen darin, daß andere Disziplinen ein Fortschreiten auf dem bisher erfolgreich zurückgelegten Weg verhindern. Es handelt sich daher um ein Problem, das auf einer politischen Ebene angesiedelt auftritt. Die politische Einflußnahme und die Kolonialisierung durch andere Disziplinen begründen sich aus dem oft thematisierten Machtgefälle zuungunsten der Sozialpädagogik. Fokus dieser Befürchtungen ist, daß andere der Sozialpädagogik die Zuständigkeit für Gesundheitsförderung streitig machen.

Eine weitere Befürchtung bezieht sich auf zu erwartende Probleme im Anwendungsbereich bisheriger Konzepte. Die Überlegungen sind somit auf die praktische Handlungsebene und nicht wie oben auf Grundsatzfragen bezogen. In diesem Diskussionszusammenhang erscheint die Effizienz der bisher angewandten Methoden und Techniken für die zukünftige Entwicklung fraglich. Motto dieses Diskurses ist die Spezialisierung mittels genauerer Kenntnisse über Klientel, Gefahren, Diagnose, Techniken usw.

## **8.2 Probleme und Lösungen**

Dieser Diskurs nimmt einen breiten Raum innerhalb der sozialpädagogischen Diskussion ein. Zahlreiche Unterdiskurse sind festzustellen, die ich nur ausschnittweise darstellen kann. Es erscheint sinnvoll, diesen Themenkreis wegen seiner Komplexität in die Teilelemente der Unterscheidung - Probleme einerseits und Lösungen andererseits - aufzulösen, um ein besseres Verständnis zu erreichen.

### **8.2.1 Probleme**

Ein genauerer Blick auf die Aussagen, die sich unter die Kategorie Probleme subsumieren lassen, macht weitere Unterscheidungen deutlich. Die Ansätze im Diskurs "Probleme" lassen sich vier Bereichen zuordnen.

Es handelt es sich um die Bereiche Gesellschaft, andere Disziplinen und Probleme zweiter Ordnung. Diese Themengebiete werden in den nächsten Abschnitten näher erläutert. Außerdem beschäftigen sich die Problembeschreibungen mit dem Thema „Klient“. Dieser Bereich wird später (vgl. 9.3) ausführlicher dargestellt.

#### **8.2.1.1 Gesellschaft**

Die Gesellschaft produziert Probleme, Ausgrenzungen und Belastungen, die mehr oder weniger subtil stabilisiert werden. „Gesellschaft“ bleibt in vielen untersuchten Texten ein diffuser Begriff. Er umfaßt zumeist eine Reihe von Institutionen und Gruppen, die sich dem direkten Zugriff des Individuums entziehen. Gemeint sind damit Politik, gesetzliche Grundlagen, Sozialadministration, aber auch öffentliche Meinung und Wirtschaft. Diese erscheinen notwendigerweise abstrakt und nicht greifbar. Gesellschaftliche Zustände werden erst dann sicht- und fühlbar, wenn das konkrete Lebensumfeld als Objektivierung gesellschaftlicher Wirklichkeit dargestellt wird.

Der Einfluß des direkten Lebensumfeldes auf die Gesundheit ist ein häufig angeschnittenes Thema. Besonders augenfällig wird dies in der Literatur zur Wohnungsnot. Dieser spezifische Diskurs beginnt am Anfang der achtziger Jahre und setzt sich bis in die neunziger Jahre fort. Anhand der Schematisierung durch das Kategoriensystem leitet dies zu einem Thema der Kategorie KAT 5 über.

Wohnungsnot wird dabei anfangs verstärkt als ein besonders krankheitsfördernder Faktor dargestellt. Der Mangel an Wohnungen und die schlechte Substanz ganzer Wohnquartiere sind kaum übersehbar und stehen daher in vielen Fällen zur Diskussion.

Immer wieder fällt uns auf, daß in den kleinen Gemeinden die Wohnbedingungen gerade für die Alten und Armen die erbärmlichsten sind. Sie werden oft wie Aussätzige behandelt, mit denen niemand etwas zu tun haben möchte.

Es scheint so zu sein, als nehme man das kümmerliche Leben der Barackenbewohner und derjenigen, die in ähnlichen Löchern hausen, bewußt in Kauf.

(ROTH 1981, 30)

Bereits in diesem Zitat bietet sich die Möglichkeit, tiefer ins Detail zu gehen. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, daß die Umwelt einen bedeutenden Einfluß auf die Gesundheit habe. Diese Umwelt ist ihrerseits durch gesellschaftliche Zusammenhänge bedingt oder hergestellt. Der Gesellschaft wiederum wird in vielen Texten entweder eine aktive oder passive Rolle zugeschrieben.

Aktiv bedeutet, daß Problemlagen mittels benennbarer Handlungszusammenhänge durch die Gesellschaft erzeugt oder herbeigeführt werden, z.B. indem Benachteiligungen von Institutionen bewußt geleugnet oder Diskriminierungen gegen den Widerstand Betroffener zur Durchsetzung gelangen. Passiv kann die Gesellschaft bezeichnet werden, wenn Problemlagen deutlich erkennbar sind, offensichtlich notwendige Handlungsschritte zur Lösung dennoch unterbleiben. Die Erzeugung des Problems erfolgt aus einer Unterlassung geeigneter Hilfe.

Dieser Verdrängungsprozeß wird nicht nur von der (nicht problembelasteten) Bevölkerung geleistet, sondern auch von Vertretern der Verwaltung.

Von offizieller Seite wird versucht das Ausmaß der Armut in Moabit herunterzuspielen. „Zeigen Sie mir einen echten Armen in Moabit“, forderte der zuständige Sozialstadtrat Westhäuser vor einiger Zeit Reinhard EBNER vom Diakonischen Werk auf. Es ist keine Schwierigkeit, den Spuren der Armut zu folgen.

(SEIDEL-PIELEN 1989, 42)

In diesen Beispielen erscheinen Probleme mehr oder weniger erfolgreich geleugnet. Muß eine Gefahr oder ein Problemfall zugegeben werden, artikuliert sich häufig ein Ohnmachtsgefühl, wenn die betroffene Öffentlichkeit von der Behandlung des Themas ausgeschlossen bleibt.

Die schwere Holztüre des großen Sitzungssaales, die „die da drinnen“ von „denen da draußen“ trennt, ist wie ein Symbol für das schwermetallgeplagte Stolberg. Drinnen - die Öffentlichkeit ist ausgeschlossen - empfängt der örtliche Umweltausschuß.

(...)

Draußen, im jetzt eng gewordenen Vorraum drängen sich zwischen den zahlreichen Presseleuten betroffene Bürger, die endlich wissen wollen, unter welchen Risiken sie und ihre Kinder in Stolberg leben. Sie sind gekommen, obwohl sie an diesem Tag im Rathaus ausdrücklich unerwünscht sind.

(SPELSBERG 1981, 20)

Von der partiellen Selbstherrlichkeit der Politik und Administration führt ein Argumentationsstrang zu gesetzlichen Regelungen, die kritisch zu hinterfragen sind. Die gesetzliche Situation wird mit Problemen in Zusammenhang gebracht. Die Aussagen gesetzlicher Regelungen zeigen zwar Unterschiede, lassen sich aber auf wenige Zugangsweisen zurückführen. Gesetzliche Regelungen sind

- nicht ausreichend;
- paradox;
- nur kosmetisch;
- schädlich oder verschlimmern die Lage;
- zwar formuliert, werden aber nicht eingelöst.

Kennzeichnend ist, daß diese Aussagen als typisch für den Zeitraum der siebziger bis Mitte / Ende der achtziger Jahre gelten. Die gesellschaftliche Situation als Auslöser des Übels zu betrachten, verliert gegen Ende der achtziger Jahre seine Dominanz als Erklärungshintergrund. Anhand der Festlegungen des Kategorienschemas heißt dies, daß es sich hier um einen Diskurs der Kategorie KAT 4 handelt.

Es bedeutet selbstverständlich nicht, daß in den neunziger Jahren keinerlei Anzeichen einer Diskussion zu erkennen sind, die gesellschaftliche Bedingungen und Gegebenheiten für soziale Probleme verantwortlich

macht. Dieser Argumentationsstrang wird jedoch deutlich dünner. Kennzeichnend bleibt diese Argumentation in der beginnenden feministischen Theoriebildung und in der Arbeit mit wenig attraktiven Randgruppen.

In der Konzeptdarstellung des Projektes „Mädchen in Bewegung“ heißt es z.B.:

Zielgruppe sind Mädchen und junge Frauen in benachteiligten Lebenslagen, die in ihrem Sozialmilieu „einer rigiden Orientierung auf traditionelle Geschlechterrollenstereotype“ ausgesetzt sind, die sich um Liebe, Ehe und Mutterschaft zentrieren, und die kaum Aussichten haben, sich durch qualifizierte Erwerbstätigkeit eine unabhängige Existenz zu verschaffen. So verbleibt nur der Körper als biographische Kapitalressource.

(ROSE 1995, 85)

Die Häufigkeit und Deutlichkeit, mit der gesellschaftliche Diskriminierung als krankheitsfördernder Faktor noch in den siebziger und achtziger Jahren auftritt, wird in den neunziger Jahren kaum noch erreicht. Eine der wenigen Beschreibungen, die diesen Sachverhalt - in den neunziger Jahren - sehr präzise beschreibt, findet sich in einem Bericht über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Obdachlosen:

Das Gesundheitsversorgungssystem als gesellschaftsstrukturelle Einrichtung zeigt bezüglich der Betreuung und Versorgung von alleinstehenden Wohnsitzlosen eine mangelhafte, zum Teil diskriminierende und krankheitsfördernde Funktionsweise. Hier spielen u.a. die Art der Krankenscheinbeschaffung, die Verhaltensweisen der medizinischen Fachkräfte gegenüber den Betroffenen sowie die zur Verfügung stehenden medizinischen Versorgungseinrichtungen eine wichtige Rolle.

(TRABERT 1995, 74)

Bezeichnend fällt in diesem Zusammenhang auf, daß der Autor dieses Berichtes kein Sozialpädagoge, sondern Mediziner ist.

Hier bieten sich eine Reihe von Anschlußfragen, die ich hier noch nicht bearbeiten werde. Zur Kennzeichnung des Diskurses reichen die bisheri-



gen Darstellungen aus.

#### **8.2.1.2 Klient**

Auch der Klient wird als Verursacher von Problemen identifiziert. Dies geschieht auf verschiedene Weise. Ich werde den angeschnittenen Diskurs an dieser Stelle nicht weiter darstellen. Eine detaillierte Darstellung dieses Problems folgt im Abschnitt 9.3, in dem das sich wandelnde Klienten- und Menschenbild als Gegenstand der Untersuchung dient.

#### **8.2.1.3 Andere Disziplinen**

Dieser Bereich beschäftigt sich mit „den anderen“ Disziplinen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Sie sind entweder zur Kooperation notwendige Partner (wobei bei der Kooperation Probleme entstehen) oder eigenständig Handelnde. Dabei kann dieses Handeln im eigenen Bezugssystem zum Problem werden, nämlich dann, wenn die Handlungsstrategien anderer Disziplinen sich als unzureichend entlarven. Damit besteht eine Verbindung zu einem bereits skizzierten Bereich: Auch hier geht es um die Nicht-Zuständigkeit anderer Disziplinen (vgl. 8.1).

Insgesamt existiert die Kritik an anderen Disziplinen als ein ständig wiederkehrendes Element sozialpädagogischer Problembeschreibungen (KAT 7). Ziel kritischer Betrachtung ist dabei häufig - aber nicht ausschließlich - die Medizin.

Von sozialpädagogischer Seite geht man oft davon aus, daß die Medizin an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gelangt sei. Dies wird in der Anfangsphase kaum negativ konnotiert. Da sowohl die Medizin als auch die Sozialpädagogik im Bereich Gesundheit partiell ähnliche Ziele haben, werden unterschiedliche Funktionsfelder abgesteckt und eine gegenseitig befruchtende Kooperation erwartet. Dies soll u.a. durch den Erwerb

medizinischer Grundkenntnisse in der sozialpädagogischen Ausbildung erfolgen.

Da dem Kooperationsgedanken eine Unterstellung der Gleichberechtigung von Medizin und Sozialpädagogik zugrundeliegt, die jedoch nicht vorhanden ist, erfüllen sich die Hoffnungen und Vorstellungen nicht. Das Kooperationsangebot der siebziger Jahre wird abgelöst von z.T. heftiger Kritik an den Methoden der Medizin, ihrem Erklärungsansatz und dem Expertentum.

Die Paradoxie präventiver Methoden wie z.B. bei Maßnahmen zur Kariesprophylaxe in Kindergärten fällt auf: Der medizinische Ansatz, durch Ausgabe von Fluortabletten an Kinder die Zahngesundheit positiv zu beeinflussen, wird mit dem Hinweis auf die unerwünschten Lerneffekte entwertet. Kinder lernen durch diese präventive Maßnahme, daß Medikamenteneinnahme gesundheitsförderliches Verhalten ersetzen kann.

Bereits hier kann man nachweisen, daß die gesamte theoretische Basis medizinisch ausgerichteter Gesundheitserziehung brüchig wird. Die Autorität ist durch Widersprüchlichkeiten der Mediziner selbst in Frage gestellt.

Diese Diskussion müssen wir als medizinische Laien den Ärzten überlassen, doch sind die betroffenen Eltern (die vor einer Entscheidung über ihre Zustimmung bezüglich der Verabreichung von Fluorid-Tabletten an ihr Kind stehen) und Erzieher (die eine Verabreichung im Kindergarten vornehmen sollen) durch die Vielfalt und zum Teil Gegensätzlichkeit der ärztlichen Argumente nicht wenig verunsichert.

(FELD 1983, 173)

Die Entwicklung eines eigenen Erklärungsmodells im Bereich Gesundheit scheint somit nur noch eine Frage der Zeit. Mitte der achtziger Jahre werden erste sozialepidemiologische Modelle vorgestellt und propagiert. Grundlage dieser Ansätze sind die WHO-Definition von Gesundheit und später die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung. Dabei kommen zusätzlich die Mängel des bisher üblichen medizinisch-biologischen

Ansatzes in den Blick.

Das Definitionsmonopol der Medizin für den Bereich Gesundheit zeigt immer stärkere Brüche. Jedenfalls zweifelt die sozialpädagogische Diskussion die alleinige Zuständigkeit der Medizin sehr stark an; unterstellt man der Medizin zusätzlich ein insgesamt fragwürdiges Verhältnis zum Menschen.

Während bisher nur die Methoden der Medizin und deren theoretische Defizite als Gegenstand der Beschreibung dienten, ist eine zweite Linie der Kritik nachweisbar. Hier wird im Zuge der Expertenkritik das Verhalten der Ärzte gegenüber ihren Patienten skandalisiert. Dies ist besonders gegen Ende der siebziger und beginnenden achtziger Jahre ein aktuelles Thema. Problematisch erweist sich die mangelnde Aufklärung des Patienten und die nicht hinreichende Information über den individuellen Gesundheitszustand. Während in der Phase des Kooperationsangebotes noch über eine Arbeitsteilung nachgedacht wurde - der Arzt diagnostiziert und der Sozialarbeiter informiert über die Diagnose und die Folgen eines Eingriffs - ändert sich das Bild im weiteren Verlauf. Sozialarbeiter sollen mehr auf anwaltschaftlicher Ebene für den Patienten tätig sein, da eher von einer Konfrontation als Kooperation der Beteiligten ausgegangen wird.

Ein weiterer Punkt der Expertenkritik sind die Stigmatisierungsprozesse und ihre Effekte, die vom Mediziner ausgelöst werden.

Die heutige Diskussion ist geprägt von der Unterstellung eines Theoriedefizits und der Rückständigkeit der Medizin - bei einem unveränderten Machtgefälle zugunsten der Medizin. Daraus folgen eine Reihe von Unvereinbarkeiten zwischen Medizin und Sozialpädagogik, die sich hinderlich für eine Kooperation erweisen.

#### **8.2.1.4 Probleme zweiter Ordnung**

Ein genauer Blick zeigt, daß das Gesundheitswesen für sich selbst zum Problem wird. Lösungsansätze für Probleme und Belastungen der Klienten und die daraus folgenden Ergebnisse laden zu einer weiteren diskussions- und bearbeitungswürdigen Erörterung ein. Diese Tatsache möchte ich mit dem Begriff „Problem zweiter Ordnung“ bezeichnen.

Ein solches Phänomen liegt quer zu den bisher dargestellten Problemzonen. Der Begriff „Problem zweiter Ordnung“ bezeichnet somit eine bestimmte Form der Problemstellung. Hier werden Schwierigkeiten beschrieben, die aus spezifischen Lösungsversuchen entstanden sind. Diese Lösungsversuche erweisen sich folglich als paradox. Sie sind vorfindbar in allen bisher beschriebenen Bereichen (Gesellschaft, Klient, andere Disziplinen). Sie betreffen auch die Ansätze und das Vorgehen der Sozialarbeit selbst und stellen daher ein Potential zur Selbstkritik.

Paradoxien in diesem Sinne erzeugt auch das System Sozialarbeit, da erneute, systeminduzierte Problemkonstellationen auftauchen (z.B. Bürokratisierung, Expertentum, begrenzte Leistungsfähigkeit, schlechte Vergütung, die zu Motivationsproblemen führt, mangelnde Evaluation usw.). Probleme zweiter Ordnung werden auch in der Sozialpädagogik Gegenstand erneuter Diskussion mit anschließenden Lösungsvorschlägen.

Mitte der siebziger Jahre gerät z.B. die Praxis von Rehabilitationsmaßnahmen kritisch in den Blick. Den durch körperliche Beeinträchtigungen verursachten Arbeitsplatzverlust mittels Umschulung zu lösen, gelingt nur selten. Zwar wird den Betroffenen eine neue Perspektive zum Erwerb des Lebensunterhaltes eröffnet; die psychischen Beeinträchtigungen einer solchen Maßnahme führen jedoch zu einem anderen Problem. Die individuellen Auswirkungen einer an sich gut gemeinten Behandlung treffen unerwartet.

Nun ist eine Umschulung allerdings kein glatter und ungebrochener Betrieb. Die berufliche Rehabilitation, welche

den Behinderten wiedereingliedern helfen soll, produziert ihre eigenen neuen Behinderungen in Form psychischer Belastungen und Störungen und individueller Konflikte.

(BERGMANN & PRÜMPER 1977, 48)

Die eigentlich gesellschaftlich produzierten Probleme (soziale Ausgrenzung von Behinderten, Arbeitslosigkeit) werden mittels sozialpädagogisch begleiteter Rehabilitationsmaßnahmen zu individuellen Problemen transformiert. Nach eigener Auffassung steht die Sozialarbeit damit weniger im Dienst der Klienten, als in einer kapitalistischen Herrschaftsordnung, die die Klienten ausbeutet.

Mag sein, daß durch die Umschulung für einige der soziale Abstieg vermieden wird. Dies darf jedoch nicht über die wichtige Funktion hinwegtäuschen: die vom kapitalistischen Produktionsprozeß physisch und psychisch Verletzten und Ausgeschiedenen so zu sozialisieren, daß ihr Nichtangepaßtsein, ihre Unzufriedenheit, ihre Verbitterung nicht ein ständiges Konfliktpotential darstellen.

(Ebd., 49)

Gegen Ende der siebziger Jahre erreicht die Kritik am Expertentum ihren Höhepunkt. Die anschließende Selbsthilfebewegung hat hier ihre Wurzeln. Allerdings verschwindet der Ansatz der Kapitalismuskritik im weiteren Verlauf nahezu vollständig.

Exemplarisch wird dieser Zusammenhang in der Beschreibung der Expertenkritik verdeutlicht. Die Expertenkritik steht stellvertretend für die Kritik an den Methoden und dem Klientenbild der Sozialarbeit bei gleichzeitig beklagter Ineffektivität. Diese Diskussion reicht gegen Ende der siebziger bis in die Mitte der achtziger Jahre. Gegenstand der Kritik ist das sichtbare und skandalisierbare Verhalten der Experten gegenüber ihren Klienten und nicht die dahinterliegenden ökonomischen Notwendigkeiten im kapitalistischen Kontext.

Gegen Ende der achtziger Jahre schläft diese Form der Problembeschreibung zweiter Ordnung ein. Sie wird allmählich überlagert durch Kritik und Diskussionen auf einer anderen Ebene mit höherem Abstrak-

tionsniveau. Die Kritik ist dabei weniger an das sichtbare Verhalten gebunden. Vielmehr tritt die Überbetonung von Gesundheit als ethisches Problem ins Zentrum. Die Durchsetzung des Wertes Gesundheit als eines zentralen Orientierungswertes gesellschaftlicher Entwicklung schießt über das Ziel hinaus. Die rasante Entwicklung der Gentechnik eröffnet zudem neue Möglichkeitsräume und Gestaltungsphantasien, die von kritischen Beobachtern durchaus problematisch interpretiert werden.

Zusätzlich wird die Kostenfrage in die Debatte einbezogen und nach der Bezahlbarkeit von Gesundheit gefragt. Es entsteht die Frage, ob jeder Mensch ein Recht auf ein uneingeschränktes Wohlbefinden habe. Müssen nicht aufgrund der immensen Kosten der Notfallmedizin Einschränkungen kommen, wenn trotz massiven Einsatzes der Geräte nur minimale Chancen zur Lebensverlängerung vorliegen? Somit werden einzelne Randgruppen nicht nur in der gesellschaftlichen Teilhabe benachteiligt, sondern in einer undurchsichtigen Verknüpfung von ethischen und ökonomischen Argumenten um ihr Lebensrecht betrogen. Damit ist der Rahmen einer Diskussion abgesteckt, die von Eugenik und Euthanasie bis zu einem vermuteten Gerontozid reicht.

Die Entwicklungen der Gentechnik ist von kontroversen Argumenten begleitet, die zunächst auf einer ethisch-philosophischen Ebene betrachtet werden können. Ablehnende Positionen sehen einen Verlust von Bezugswerten:

Das Motiv der Fragen ist damit klar: die Normalität ist bedroht, das heißt, daß nun plötzlich, was bisher als normal galt auch unter die gentechnologisch mögliche Wende fallen kann. Das heißt aber auch fatal, daß die Sache der Behinderten als „erledigt“ gilt.

(MÜRNER 1989, 16)

Die Problematik wird häufig mit dem Hinweis auf weitere - bisher noch nicht machbare - Möglichkeiten der Gentechnik verdeutlicht.

Wie verhält es sich aber mit den Schizophrenen, wenn die gentechnologischen Fachleute meinen, die biologischen Ursachen der Schizophrenie ausfindig gemacht zu haben?

Wer entscheidet im übrigen darüber, ob ihre Funde verlässlich und haltbar sind? ... Das Grenzziehungsproblem vermischt sich mit dem Problem der Bestimmung der Normalität.

(Ebd.)

Mit der Gentechnik verspricht man Kranken, Behinderten und Benachteiligten Heilungschancen, die bisher noch nicht möglich waren. Befürworter der neuen Technologien argumentieren mit der ethischen Verpflichtung, diese Mittel zur Verfügung zu stellen. So würde z.B. ein Verbot von Wachstumshormonen zu Lasten von Kleinwüchsigen gehen. Das Gegenargument bezieht sich demgegenüber auf die Stigmatisierung von Krankheit und Behinderung durch die Gesellschaft.

VAN DEN DAELE (Befürworter von Wachstumshormonen, T.S.) hat hier ethisch für die Kleinwüchsigen entschieden, daß ihre Kleinwüchsigkeit keine wünschenswerte Existenzform ist - aus gesellschaftlichen Gründen, weil die stigmatisierende Gesellschaft so schnell nicht zu ändern ist, wie die technischen Möglichkeiten versprechen, Kleinwüchsigkeit abzuschaffen.

(Ebd., 17)

Kleinwüchsigkeit steht stellvertretend für Krankheit bzw. Nicht-Gesundheit. Gesundheit wird auch im Zuge der Entwicklungen der Gentechnologie zu einem zentralen Wert, den es zu erreichen gilt. Wodurch Gesundheit eine neue Qualität erhält, da bisher noch nicht heilbare Krankheiten und Behinderungen, die als unabänderlich und schicksalhaft verstanden wurden, in den Blick der Machbarkeit geraten. Kritiker sehen bei der konsequenten Durchsetzung dieses Wertes Probleme.

Denn wer die gesellschaftliche Bewertung der Gesundheit absolut setze, der müsse konsequenterweise - wie das von Eugenikern unter den Humangenetikern gefordert wird - alles Störende, Kranke ausgrenzen - bis zur tötenden Konsequenz.

(HOLLENBACH 1989, 58)

Diese Visionen sind aus ethischer Sicht alarmierend. Im Zusammenhang mit anderen Argumenten wirkt das Szenario gentechnischer Mach-

barkeit erschreckend. Neben den ethischen Argumenten wird zusätzlich die Logik des gentechnischen Vorgehens bezweifelt.

Ausgewiesene Kritiker (...) verweisen immer wieder auf das eindimensionale Denken der humangenetischen Zunft. Dort würden Kausalitäten zwischen einzelnen Genmerkmalen und entsprechenden Krankheitsbildern projiziert, die empirisch nicht nachweisbar seien.

Psychosoziale Faktoren und „Vorschäden“ (...) würden bei genetisch-enzymatischen Stoffwechselprozessen von den Erbgutwissenschaftlern schlichtweg unterschlagen.

(Ebd.)

Jenseits dieser ethisch-philosophischen Debatten sind gentechnische Untersuchungen und Verfahren bereits Praxis. In Industriebetrieben führt man z.B. Untersuchungen bezüglich Idiosynkrasien durch. Auch hier ergeben sich Diskussionspunkte, die weitaus konkreter sind. Dabei fragt sich, welche Probleme die Ergebnisse der Gentechnik haben können, wenn sie unter ökonomischen Kriterien verwendet werden. In Betrieben der chemischen Industrie drohen

(...) die gentechnischen Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz in den Hintergrund zu drängen. Denn wenn sich dereinst ohnehin der genetisch „giftresistente“ Chemiearbeiter auswählen läßt, kann man getrost auf Sicherheitsvorkehrungen für die „hypersensiblen“ Arbeitnehmer verzichten.

(Ebd.)

Gentechnische Untersuchungen geschehen in den Betrieben freiwillig, eine verpflichtende gesetzliche Grundlage fehlt. Es wird aber darauf hingewiesen,

(...) daß der Arbeitnehmer bei einem Einstellungsgespräch über keine Kontrollmöglichkeiten verfüge, was mit den Blutstropfen geschehe, die ihm entnommen würden. Und auch der schon Beschäftigte könne sich aus Angst um seinen Arbeitsplatz oft nur schwer der Aufforderung zu einer „freiwilligen“ Genproduktanalyse entziehen.

(Ebd., 57)

Die Verwendung gentechnologischer Innovationen wird in den Wirt-



schaftsunternehmen zugunsten ökonomischer Interessen diskutiert. Der hier angesprochene Gegensatz von Ethik und Ökonomie im Bereich Gesundheit bleibt nicht nur auf den ökonomischen Sektor beschränkt.

Die Durchsetzung des Wertes Gesundheit wirft auch gesellschafts- und gesundheitspolitische Fragen auf. Da die Gesundheitsreform unter dem Druck finanzieller Engpässe bereits konkrete Formen annimmt, kann man gentechnische Diagnosemöglichkeiten als einschränkende Faktoren menschlicher Entfaltungsfreiheit interpretieren.

So könne möglicherweise einem Arbeitnehmer, der sich in seinem Lebenswandel nicht entsprechend seinen „genetischen Dispositionen“ verhalte, soziale Leistungen wie Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall bis hin zur Erstattung der Krankenkosten vorenthalten werden.

(Ebd., 58)

Das konflikthafte Verhältnis von Ökonomie und Ethik wird in einem Aufsatz über einen vermuteten Gerontozid konsequent zuende gedacht:

Meine These ist einfach: An alten Menschen wird Euthanasie ausgeübt. (...) Unter „Euthanasie“ verstehe ich alles Tun oder Unterlassen im Leistungsbereich des Gesundheitssystems, das eine Lebensverkürzung zur Folge hat - unabhängig davon, ob sie mit oder ohne Einwilligung des Patienten erfolgt.

(DIEßENBACHER 1987, 257)

Das Problem zweiter Ordnung mißt sich auch hier in der Bewertung von Gesundheit. Grundlage der Expansion und Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems ist die Machbarkeit und Herstellbarkeit der Gesundheit möglichst vieler Menschen. Diese Entwicklung stößt an externe (finanzielle) Grenzen, was zu einem Zurückfahren der Leistungen nötigt. Individuen und ganze Gesellschaftsgruppen, die bisher leistungsberechtigt waren, bleiben dadurch ausgeschlossen. Alte Menschen und Hochbetagte sind rein ökonomisch betrachtet zu kostenintensiv. „Die gewonnenen Jahre, um die Menschen heute älter werden zu lassen als früher, seien in der medizinischen Versorgung die teuersten“ (Ebd., 258). DIE-

ßENBACHER führt Zitate und Entwicklungen aus anderen Ländern an, die als Beweis dienen sollen, daß ältere Menschen bewußt benachteiligt werden, um Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Dabei zeichnet er Argumente ethischer und ökonomischer Grundpositionen nach.

Das Problem zweiter Ordnung, daß mich hier interessiert, ist anders gelagert. Auch die ältere Generation prägt das Bewußtsein aus, Gesundheit zu erstreben. Wobei an dieser Stelle ungeklärt bleiben muß, woraus dieses Bewußtsein resultiert: Aus dem Einfluß der Medien oder aus den Zuschreibungen, Erwartungen und Stigmatisierungen von Medizinern, Psychologen und Sozialpädagogen? Das Streben nach einem uneingeschränktem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden gemäß der WHO-Definition läßt Alterserscheinungen wie körperliche Schwäche und Einsamkeit als Krankheit erscheinen, die es zu bekämpfen gilt. Ein solches Denken verbunden mit dem Anspruch auf Gesundheit führt zu finanziellen Problemen, da das Gesundheitswesen kaum in der Lage ist, die Kosten zu tragen. Auch hieraus resultieren Schwierigkeiten, die erst aus der Durchsetzung und Akzeptanz von Gesundheit als Wert entstanden sind.

### **8.2.2 Lösungen**

Der Diskurs über Lösungen ist verglichen mit dem über Probleme als durchaus spärlich zu bezeichnen. Es existiert so gesehen ein ausgeprägtes und differenziertes Problembewußtsein, dem kein adäquates Lösungsbewußtsein gegenübersteht. Trotzdem - oder gerade deswegen? - sind die vorgefundenen Aussagen keineswegs homogen. Im Gegenteil! Die Meinungen zu diesem Thema differieren erheblich, weshalb von einer Heterogenität auszugehen ist.

Ein Teildiskurs bezieht sich auf die Spezialisierung der Sozialarbeit. Zwar werden hier *neue* qualitative Bereiche erkundet und Lösungsansätze propagiert. Das Programm dieser Entwicklung ist jedoch alt und läßt

sich schlicht mit „Mehr desselben“ beschreiben.

In einem zweiten Teildiskurs wird bestimmt, was geändert werden soll. Die einzelnen Stoßrichtungen sind hier unterschiedlich. Grundsätzlich wird eine Veränderbarkeit angenommen. Was genau verändert werden soll, bleibt über den gesamten Untersuchungsabschnitt divergent. Dies ist keine neue Erkenntnis, da die Probleme und theoretischen Zugänge mindestens ebenso entgegengesetzt sind. Da es sich jedoch um Probleme handelt, die bei Individuen auftreten bzw. bei nicht ausreichender Prävention auftreten können, sind prinzipiell zwei Unterscheidungsmöglichkeiten offen. Die ermittelten Textaussagen unterscheiden sich nach der Art des Vorgehens. Hier erhält man präventive und kompensatorische Sozialarbeit als Bezugspunkt der Unterscheidung. Die zweite Möglichkeit, die ich gewählt habe, bezieht sich auf den definierten Ort des Lösungsansatzes: Entweder die Individuen oder die Umweltvoraussetzungen, in denen sie sich befinden, werden geändert.

Handlungsvorschläge dieser zwei möglichen Arten werden während des gesamten Untersuchungszeitraumes in der einen oder anderen Richtung erwogen. Es lassen sich zudem keine Präferenzen in den einzelnen Zeitabschnitten feststellen. Solches bedeutet, daß Lösungen für Problemlagen in den siebziger Jahren *nicht* vornehmlich durch Änderungen gesellschaftlicher Strukturen gesucht wurden. Das vorliegende Material läßt auch *nicht* den Schluß zu, daß in den achtziger und neunziger Jahren hauptsächlich individuelle Verhaltensänderungen zur Problemlösung anstanden. Auch hier sind Vorschläge und Forderungen nachweisbar, Sozialarbeit müsse gesellschaftspolitisch tätig sein. Anzumerken ist, daß die späteren Vorschläge weitaus präziser lauten. Dabei bleibt festzuhalten: Die inhaltliche Diskussion spiegelt unterschiedliches Schwerpunkt-Denken wider!

### **8.2.2.1 Änderung des Individuums als Lösung**

Auch dieser Diskurs befaßt sich mit dem Klienten, diverse Lösungsmöglichkeiten werden herausgearbeitet. Entsprechend den vorherigen Ausführungen sollen auch diese Zusammenhänge in einem eigenen Abschnitt (9.3) erscheinen.

### **8.2.2.2 Änderung der Umwelt als Lösung**

Betrachtet man die andere Lösungsstrategie - Veränderung der Umwelt - fällt mehreres auf. Die Definition dessen, was Umwelt ist, erweist sich als nicht eindeutig. Ist es die Familie des Klienten, sein sozialer Nahraum oder sind es gesellschaftliche Zusammenhänge? Lösungsansätze, die auf einer Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse fußen, verteilen sehr diffus sich über den gesamten Untersuchungszeitraum - sofern sie überhaupt in einem relevanten Ausmaß feststellbar sind. Gesellschaft wird zwar - wie bereits dargestellt - auch als Problemursache begriffen; Lösungsansätze, die genau hier greifen, werden allerdings kaum erarbeitet: Problembeschreibung dominiert über Problemlösung. Beispielhaft ist hier Kritik am Gesundheitsstrukturgesetz (SGB V), das nach Ansicht eines Experten massive Ungerechtigkeiten gegenüber finanziell schwächer Gestellten in sich birgt und so den sozialen Charakter der Krankenversicherung in Frage stellt. Der Autor interpretiert mehrere Neuregelungen im juristischen Sinne und kommt zu dem Schluß:

Wo jetzt aber die Konsequenzen in der geschilderten Weise deutlich werden, muß es meines Erachtens das gemeinsame Anliegen freier und öffentlicher Wohlfahrtspflege sein, eine Änderung in der Weise herbeizuführen, daß wieder von einer sozialen Krankenversicherung gesprochen werden kann.

(NIEMANN 1989, 206)

Auch dieser Appell wird nicht genauer ausgearbeitet. Hinzuzufügen bleibt, daß dies der eindeutigste Appell ist, der im Untersuchungsmaterial

vorfindbar ist. Hier sind Adressat und Ziel sehr genau definiert. Dies ist nicht sehr häufig der Fall. Die Aufforderung zur Änderung gesellschaftlicher Verhältnisse und gesetzlicher Regelungen bewegt sich während des gesamten Untersuchungszeitraumes auf einem unspezifischen und unverbindlichen Niveau.

Betrachtet man die Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten auf mittlerer Ebene, ist eine Tendenz erkennbar, die eng mit der Entwicklung von Selbsthilfegruppen zusammenhängt und auf das spätere Konzept des Empowerment verweist. Hier wird auch von der Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Veränderung ausgegangen; diese soll jedoch auf der Ebene des sozialen Nahraumes und im Gemeinwesen vollzogen werden.

Die Sozialadministration wird schon früh als Hemmnis dieser Bewegung erkannt und thematisiert.

Verkürzt dargestellt werden Initiativen immer dann von der Sozialbürokratie akzeptiert, ja teilweise honoriert, wenn sie „artig und bescheiden“ eher auf Selbstveränderung (z.B. Broschüre „Eltern helfen Eltern“) ausgerichtet sind. Gehen sie jedoch darüber hinaus und stellen das bestehende Dienstleistungssystem lautstark in Frage (Krüppeltribunal) oder versuchen in Abkehr von der tradierten Jugendhilfe Alternativen (Jugendhof ohne Erzieher) zu realisieren, sind von der Sozialbürokratie eher repressive Reaktionen zu erwarten.

(KÜHL 1983, 38)

Lösungsvorschläge zielen auf verstärkte Bürgerbeteiligung. „Dabei gilt es jedoch zu beachten, daß Bürgerbeteiligung ein schillernder und vielfach sogar mißbrauchter Begriff ist“ (TROJAN 1993, 58). Zur Umsetzung der Bürgerbeteiligung werden zahlreiche Konzepte erarbeitet und erprobt. Die Veränderung der sozialen Umwelt verliert allmählich den Charakter eines normativen Appells und scheint machbar.

Methodisch werden hier Formen der Gemeinwesenarbeit herangezogen. Deren Arbeitsprinzip zielt auf problemorientierte Situationsanalysen, Mobilisierung und Konfliktlösung durch „Betroffene“ selbst. Mittels eigenständiger sozialer Aktion steht dabei eine Neuverteilung von Machtmitteln

oder Entscheidungswegen im Gemeinwesen auf der Tagesordnung.

(FRANZKOWIAK 1987, 216)

Auch solche noch allgemein gehaltenen Vorschläge werden präzisiert. Dabei werden u.a. auch Erfahrungen aus anderen Ländern herangezogen. WALLER, LAASER & WENDT (1989) stellen in ihrer Studie sehr differenziert und informativ Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus Großbritannien vor. Sie werden auch in der weiterführenden Literatur aufgegriffen und in späteren Konzeptionen verwendet.

Diese Veränderungsvorschläge sind relativ unspezifisch im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit, d.h. es wird keine bestimmte Erkrankung thematisiert. Bei Lösungsansätzen, bei denen dies der Fall ist, sind Lösungsansätze eher im Sinne von Aufklärung konzipiert. Hier sollen die Familienmitglieder und andere Interessierte über definierte Krankheiten informiert werden. Diese Aufklärungskampagnen wenden sich auch an die gesellschaftliche Öffentlichkeit, um für mehr Akzeptanz zu sorgen. Derartige Lösungsansätze ändern sich über den gesamten Untersuchungszeitraum wenig.

## **9 Darstellung ausgewählter Diskurse**

In diesem Kapitel werden die einzelnen Diskurse zu den Themen Konturierung der Sozialpädagogik (9.1), Selbsthilfebewegung (9.2) und Klientenbild (9.3) dargestellt. Die (unerwartete) Fülle des Materials machte es notwendig, eine Auswahl zu treffen. Die Selektion ist doppelt zu begreifen. Einerseits habe ich drei Themen und Zusammenhänge ausgewählt, die mir wichtig erschienen (s.o.). Zweitens lassen sich die ausgewählten Problemzusammenhänge zueinander in Beziehung bringen. Die Schwierigkeit besteht darin, die inhaltsanalytisch ermittelten Diskursfiguren anschaulich und nachvollziehbar zu machen. Ich möchte daher schrittweise vorgehen und zunächst den Diskurs herausgreifen, der sich aus dem untersuchten Material rekonstruieren läßt. Dabei bilden Zitate aus untersuchten Zeitschriftenbeiträgen den Rahmen. Die jeweiligen Zusammenhänge, in denen diese Zitate stehen, werden - soweit sie nicht für sich selbst sprechen - erläutert. Der folgende Schritt enthält Hintergrundinformationen zum Thema. Diese zusätzlichen Informationen stammen z.T. aus Quellen, die in den Originalziten genannt wurden. Diese Beleuchtung des Hintergrundes dient der besseren Verständlichkeit des Gesamtzusammenhanges. Danach werden Anschlußpunkte zum Konzept der Risikogesellschaft aufgezeigt, die bereits implizit im Material vorhanden sind. Ich möchte diese Hintergründe in einem eigenen Abschnitt explizieren. Hier versuche ich die Relevanz des Konzeptes für die Sozialpädagogik zu ermitteln. Eine kritische Betrachtung schließt die jeweilige Diskursanalyse ab.

Anhand des folgenden ersten Abschnitts möchte ich dieses Vorgehen noch einmal verdeutlichen: Zu Beginn der neunziger Jahre wird die Konturierung der Sozialpädagogik verstärkt diskutiert. Dies gilt auch für die Sozialpädagogik im Gesundheitsbereich. Die Problematik der Konturierung der Sozialpädagogik ist meiner Meinung nach eines der Trendthemen des letzten Jahrzehnts; die Diskussion dauert zur Zeit noch an. Es geht dabei um die Wahrnehmung der Sozialpädagogik durch die Öffent-

lichkeit und vor allem durch die benachbarten, konkurrierenden Disziplinen im Gesundheitsbereich. Es wird vermutet und behauptet, die Sozialpädagogik besitze kein ausreichend konturiertes Profil, die Leistungsfähigkeit gerate nicht gut genug in den Blick, die Zuständigkeit für den Gesundheitsbereich drohe zu verschwinden.

Diese Aussagen sind im untersuchten Material vorfindbar und lassen sich im ersten Schritt der Darstellung rekonstruieren. Die Aufarbeitung des Materials gerät an dieser Stelle an ihre Grenzen und bleibt vordergründig. Ich möchte zusätzliches Material zur Erhellung dieses Sachverhaltes heranziehen und dadurch den Schritt von der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur Explikation i. S. v. MAYRING (1995, vgl. 6.5) vollziehen.

Ein differenzierterer Blick auf die hier interessierende Problematik ist meiner Meinung nach mittels der Heranziehung professionstheoretischer Überlegungen möglich, die sich mit der Beziehung zwischen theoretischem Wissen und Handlungswissen beschäftigen. Zur Erläuterung dieses Hintergrundes möchte ich den Ansatz von DEWE et al. (1995) skizzieren und auf die Thematik beziehen. Im danach folgenden Schritt wird zu zeigen sein, welche Annahmen aus dem Konzept Risikogesellschaft mit dieser Problematik in Verbindung zu bringen sind.

## **9.1 Konturierung und Profil der Sozialpädagogik**

In den untersuchten Materialien wird das erwähnte Problem expressis verbis erstmals 1993 angesprochen. Dabei geht es um eine mangelhafte Selbstdarstellung, die mit dem Verzicht oder dem Unvermögen gekoppelt ist, eigene Sichtweisen, Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten angemessen darzustellen. Dieses Problem wird bei der Kooperation mit anderen Berufsgruppen diagnostiziert. Zudem wird befürchtet, daß die Arbeit von Sozialpädagogen im Gesundheitswesen in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit keine ausreichende Würdigung erfährt. Eine solche „Unterschätzung“ wird als Versäumnis der Sozialpädagogik begriffen.



Die angeschnittene Thematik ist auf verschiedenen Ebenen zu betrachten. Einerseits ist es ein Problem der Disziplin Sozialpädagogik, der es im Diskurs mit anderen akademischen Disziplinen, der Politik und der Öffentlichkeit nicht gelingt, eine ausreichende Konturierung zu schaffen. Andererseits handelt es sich hier auch um ein Problem der professionell Handelnden.

Die disziplinspezifische Problematik schlägt sich in einem Bericht über eine Fachtagung zur Bedeutung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen nieder: „Das Profil fachlicher Sozialarbeit droht weiter zu verschwimmen. Selbst die funktionale Abgrenzung gegenüber dem Allgemeinen Sozialdienst wird problematisch“ (MÜHLUM 1995a, 32).

Oberflächlich betrachtet liegt hier eine rein innerdisziplinäre Problematik bezüglich der Definition von Handlungsfeldern und Zuständigkeiten vor. Was jedoch mitschwingt, ist die Sorge um einen fortschreitenden Zersetzungsprozeß, der die Zuständigkeit und die Befugnis für traditionelle Arbeitsfelder der Sozialpädagogik im Gesundheitsbereich ungewiß werden läßt. Die Aussage ist aber auch in einer weiteren Hinsicht aufschlußreich: Sie impliziert, daß es ein mehr oder minder konsistentes Profil der Sozialpädagogik gibt oder gegeben hat, auf dessen Grundlage professionelles Handeln möglich wäre.

Ein Thema der professionell Handelnden sind die Schwierigkeiten der Interaktion mit Vertretern anderer Berufsgruppen im Gesundheitsbereich. Was Sozialpädagogik kann oder potentiell könnte, wird aus verschiedenen Gründen nicht dargestellt. In einem Bericht zur *Gesundheitserziehung im Kindergarten*<sup>4</sup> heißt es:

In der Kooperation mit anderen Berufsgruppen zeigte sich ein mangelndes professionelles Selbstbewußtsein bei den

---

<sup>4</sup> Die Gleichsetzung von Erziehern und Sozialpädagogen ist problematisch. Obwohl Ähnlichkeiten in den Handlungs- und Tätigkeitsfeldern sowie Ausbildung und Praxis unübersehbar sind, die ich hier nicht herausarbeiten möchte. Das folgende Zitat bringt die hier interessierende Problematik jedoch prägnant zum Ausdruck.

Fachkräften in Kindergärten. Dies zeigte sich beispielsweise darin, daß eigene Erfahrungen und Sichtweisen eher gering bewertet werden. Bezüglich der Gestaltung von Außenkontakten wurde deutlich, daß diese eher vermieden oder zu hohe Erwartungen daran geknüpft wurden, eine Unterordnung unter die Erwartungen anderer Experten erfolgte oder aber diese abgelehnt und abgewertet wurden. In diesen Prozessen spiegelte sich offenbar die Problematik des Berufsbildes der Erzieherin und des Erziehers wider: mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Tendenzen, das eigene Licht unter den Scheffel zu stellen.

(HINZE, KRAHL & LIPP-PEETZ 1993, 127)

Unterschiedliche Gründe zeichnen für die mangelnde Konturierung und Selbstdarstellung verantwortlich. Im letzten Zitat scheint eine Art sozialpädagogischer Habitus in der Interaktion mit Vertretern anderer Berufsgruppen der Auslöser für das defizitäre Verhalten zu sein. Das Problem spricht die beruflich-fachliche Sozialisation an, die eine entsprechende Haltung gegenüber anderen Berufsgruppen nahelegt.

Ähnlich wird auch auf der theoretisch-disziplinären Ebene argumentiert: Die Stellung des Sozialpädagogen im Gesundheitswesen ist schwach und führe zu entsprechenden Verhältnissen, denen der professionell Handelnde jedoch entgegenarbeiten solle und könne.

Was einen „guten Sozialarbeiter“ im öffentlichen Gesundheitsdienst ausmacht, ist allerdings fast schon eine Frage nach der Professionalität insgesamt. Gewiß ist auch hier eine ganzheitliche Sichtweise notwendig, die analytisch-diagnostisches Denken mit Problembewußtheit und Methodensicherheit im Umgang mit Menschen verbindet. Gerade weil die Stellung der Sozialarbeit im Gesundheitssystem eher schwach ist, muß sie ihre professionelle Kompetenz um so zuverlässiger entwickeln.

(MÜHLUM 1995a, 33)

Eine professionelle Kompetenz ist fraglos vorhanden. Dies wird auch in der Darstellung der Gesundheitserziehung im Kindergarten deutlich, wenn von "eigenen Sichtweisen und Erfahrungen" gesprochen wird: Die Kompetenz existiert, was fehlt, ist die Aktualisierung dieser Fähigkeit. Ähnlich wird über ein Modellprojekt eines Krankenhaussozialdienstes

gesprochen:

Die nach Ansicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserem Sozialdienst professionell und auf hohem Niveau ausgeführte Tätigkeit wurde nicht angemessen „verkauft“ und transparent gemacht.

(HINZE 1995, 23)

Ein Krankenhaussozialdienst ist im Gegensatz zu einem Kindergarten fest in eine größere Einrichtung eingebunden. Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Berufsgruppen sowie die Verpflichtung mit anderen zusammenzuarbeiten, sind wesentlich stärker ausgeprägt. Der institutionalisierte Kontakt mit Vertretern verschiedener Professionen im Krankenhaus steht bei der Analyse im Vordergrund:

Das Bedürfnis nach methodischer Verbindlichkeit, nach Leistungstransparenz und vergleichbaren Standards der Sozialarbeit im Krankenhaus war geprägt von dem Erkennen des uneinheitlichen Fremdbildes in der Klinik und der daraus resultierenden Anfechtbarkeit. Die Informationen über die Leistungsstandards des Sozialdienstes waren rudimentär und damit Spekulationen und der inhaltlichen „Fremdzuweisung“ überlassen.

(Ebd.)

Kenntlich wird, daß die Standards und Maßstäbe des eigenen professionellen Handelns von anderen gesetzt werden, die ihrerseits wenig über die Leistungsfähigkeit des Sozialdienstes wissen.

### **9.1.1 Gründe der mangelnden Konturierung**

Wo und wie sehen die Autoren die Gründe für die mangelnde Konturierung? Einerseits steht die bereits angesprochene beruflich-fachliche Sozialisation im Raum. Diese legt dem Sozialpädagogen eine untergeordnete Haltung gegenüber anderen Berufsgruppen nahe. Andere Autoren sehen die Dynamik der fachlichen Spezialisierung im Gesundheitsbereich als wesentlichen Faktor. Die Etablierung neuer Berufe im Gesundheitssektor, die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen

durch gesetzliche Bestimmungen, ein insgesamt gewachsener Konkurrenzdruck lassen der Sozialpädagogik weder Raum noch ausreichend Zeit, das bestehende Profil weiter zu entwickeln.

Die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe und ihre Ausbildung an Fachhochschulen dürfen nicht dazu führen, daß die soziale Arbeit ihre Zuständigkeit für gesundheitliche Belange ihrer Klientel verliert. Es ist daher an der Zeit, Begriff und Profil der „klinischen Sozialarbeit“ deutlich zu machen.

(WENDT 1995, 256)

Während hier noch ein relativ diffuses Bild von „den anderen Gesundheitsberufen“ vorherrscht, wird an anderer Stelle das konkrete Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaften diskutiert. Es liegt ein Klärungsbedarf in der Beziehung zueinander vor (vgl. 4.4).

Auf der berufspraktischen Ebene wären Einsatzbereiche und Arbeitsfelder unter dem Gesichtspunkt von Kompetenzen, Berufsbild, Arbeitsteilung und Kooperation zu diskutieren - zumal gesundheitsbezogene Aufgaben schon immer Teil der beruflichen Sozialarbeit waren und wegen ihres Ganzheitlichkeitsanspruch auch künftig nicht aufgegeben werden können.

(MÜHLUM 1995b, 94)

Auch das unterschiedliche Selbstbewußtsein von Sozialarbeits- und Gesundheitswissenschaftlern bezüglich der Leistungsfähigkeit und wissenschaftlichen Fundierung gerät in den Blick:

Verblüffend für die Vertreter der Sozialarbeit war aber doch das Selbstbewußtsein, mit dem sich die Gesundheitswissenschaft auf den Weg macht. Während die Sozialarbeitswissenschaft sich offenbar an einem klassischen Wissenschaftsverständnis mißt und abarbeitet, wozu beispielsweise die Bestimmung eines eindeutigen Erkenntnisobjektes, eines unverwechselbaren Kategoriensystems und Methoden der Erkenntnisgewinnung gehören, operiert die Gesundheitswissenschaft unverhüllt pragmatisch (ausgehend von einem unstreitigen gesellschaftlichen Thema) und summativ (sich auf schon vorliegende Konzepte, Theorien und Disziplinen stützend).

(Ebd., 95)

Hier wird auf die Problematik verwiesen, die ich bereits im Abschnitt 4.4 erläutert habe. Die Gesundheitswissenschaften bauen auf einem summativen Wissenschaftsverständnis auf. Gesundheitswissenschaft wie sie WALLER (1997) konzipiert, kommt dem Selbstverständnis der Sozialpädagogik wesentlich näher.

### **9.1.2 Gegenmaßnahmen und Lösungsvorschläge**

Eine Möglichkeit der mangelnden Konturierung zu begegnen, ist die Heraushebung der Bedeutung und der Qualität professionellen sozialen Handelns. Es stellt sich die Frage, wie dies zu geschehen hat. Zunächst besteht die Möglichkeit, das Ergebnis einer Maßnahme oder Intervention stärker in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken. „Dazu gehört, die geleistete Arbeit bei lokalen und regionalen Initiativen transparent zu machen,...“ (MÜHLUM 1995a, 33).

Sozialpädagogik im Gesundheitswesen ist jedoch bestimmt von der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Das Ziel „Gesundheit des Klienten“ kann demnach nur durch die Kooperation mit anderen erreicht werden. Daher muß das genuin sozialpädagogische Moment Beachtung finden. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist geprägt von vielerlei Tätigkeitsmerkmalen und Zuständigkeiten, die eine eindeutige Konturierung erschweren:

Statt die zu ihr zählenden Tätigkeiten und Befähigungen weiter nach den unterschiedlichen Arbeitsplätzen zu bestimmen und damit voneinander abzugrenzen, erscheint es angebracht, den professionellen Charakter, die Qualifikationsanforderungen und Tätigkeitsmerkmale klinischer Sozialarbeit einheitlich darzustellen.

(WENDT 1995, 256)

Der Autor verknüpft mit dieser Forderung eine bestimmte Hoffnung:

Ein einheitliches Profil der Fachlichkeit von Sozialarbeit im klinischen Bereich läßt die Besonderheiten des Berufsbildes in der Suchtkrankenhilfe, des Krankenhaussozialdienstes,

der Sozialdienste in der Psychiatrie usw. durchaus bestehen, dürfte aber in der Konkurrenz der Berufe den Blick für die Leistung der Sozialarbeit im klinischen Bereich schärfen.

(Ebd., 257)

Damit ist die Frage verbunden, ob die beim jeweiligen Sozialpädagogen vorfindbaren Kompetenzen und Fähigkeiten ausreichen, um eine gelungene Selbstdarstellung zu erreichen. Die angesprochene Vielfältigkeit der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche erschwert diesen Lösungsversuch. Dieses Problem wird offensichtlich auch von den Vertretern des Krankenhaussozialdienstes gesehen. Ihre Lösung ist die strenge Formalisierung der Beziehungen zu anderen Disziplinen.

Eine zentrale Veränderung sowohl für die formalen Abläufe wie auch für die Integration der methodischen Anforderungen dokumentiert sich in der Entwicklung und Einführung eines spezifischen „Anforderungsformulars für Leistungen des Sozialdienstes“. Es ist inzwischen das wichtigste der bisher erreichten Veränderungsziele. Das Formular steht allen Fachabteilungen der Klinik zu Verfügung und stellt die verbindliche Form der Kontaktaufnahme mit dem Sozialdienst dar.

(HINZE 1995, 23)

Ein wichtiges Merkmal der Sozialpädagogik ist die Gestaltung der Beziehung von Sozialpädagogen und Klient. Diese Beziehung ist kein Selbstzweck, sondern ein Element professionellen Handelns. Die Interaktion innerhalb dieser Beziehung erfolgt nach bestimmten Regeln, die allerdings von außen nicht immer zu erkennen sind. Mit der Einführung eines Formulars, wie es im o.g. Krankenhaussozialdienst versucht wird, verliert die sozialpädagogische Praxis einen Teil ihrer Abstraktheit und wird - im wahrsten Sinne - für Außenstehende greifbar. Leistungen, Ziele und Interventionsmaßnahmen erscheinen konkretisiert und nachvollziehbar. Zusätzlich wird eine Überprüfung der Leistungen ermöglicht. Dies schließt an die gegenwärtige Diskussion über die Norm ISO 9000 ff. an, die Qualitätssicherung auch im sozialen Bereich ermöglichen soll. Erwogen wird eine Zertifizierung von Beratungsstellen gemäß dieser Norm,

womit Sozialarbeit zu einem genormten Qualitätsprodukt würde.

Die geforderte selbstbewußte Haltung der Sozialpädagogen bleibt allerdings fragwürdig, solange die akademische Sozialpädagogik sich selbst in einer eher untergeordneten Position sieht. Aber auch hier kann der Hebel für eine verbesserte Situation angesetzt werden.

Von den zahlreichen Theoriebeiträgen und Forschungsergebnissen im Kontext sozialer Arbeit muß nicht nur offensiver Gebrauch gemacht werden als bisher, sondern diese - einschließlich der Berufsgeschichte, der Modelle und Arbeitsformen und der vielfältigen Erfahrungen im sozialberuflichen Feld - müssen auch der Sozialarbeitswissenschaft inkorporiert werden.

(MÜHLUM 1995b, 95)

Hier wird eine Neukonzeption der Ausbildung erwogen, in der selbstbewußtes Auftreten geschult und Marketing- und Verkaufsstrategien zum Einsatz kommen. Die eigene Tätigkeit soll durch eine größere Transparenz, das Ergebnis durch größere Attraktivität gekennzeichnet sein.

Weitere Zielvorstellungen betreffen Gesundheitsberichterstattung, effiziente Mittelverwendung, Strukturierung eines weitgehend selbstbestimmten Arbeitsalltages, statistische Darstellung der alltäglichen Sozialarbeit und die Fähigkeit, sowohl solche Ergebnisse öffentlichkeitswirksam darzustellen, als auch Gesundheitsprojekte selbstverantwortlich zu planen sowie Betroffene und Interessenten zu einer konstruktiven Handhabung und Selbststeuerung ihrer Gesundheitsanliegen zu befähigen.

(MÜHLUM 1995a, 33)

Dies scheint sich zunehmend durchzusetzen: So veranstalten selbst relativ kleine soziale Einrichtungen - wie Elternberatungsstellen oder Schülerhilfen - Tage der offenen Tür. Ferner verlangen die Träger von Einrichtungen detaillierte Geschäftsberichte, Klientenstatistiken usw.

### **9.1.3 Bezugspunkte des Diskurses**

Bisher stand die Darstellung des Diskurses in enger Beziehung zu den

analysierten Texten. An dieser Stelle werde ich eine andere Position einnehmen und Bezugspunkte aufzeigen, an denen sich die Diskursteilnehmer meiner Meinung nach orientierten. Die folgende Darstellung resultiert dementsprechend auf der Einnahme einer anderen Perspektive.

Das Problem der Konturierung scheint in der Schwierigkeit zu bestehen, die Fähigkeiten und Zuständigkeiten der Sozialpädagogik zu benennen. Es fehlt das Bewußtsein über das besondere Wissen der Sozialpädagogik: Was wissen und können Sozialpädagogen, was andere nicht wissen und können? Im Vordergrund der Problematik stehen die Probleme der professionell handelnden Sozialpädagogen im Gesundheitsbereich. Die Annäherung an dieses Thema möchte ich daher mittels professionstheoretischer Annahmen versuchen, wie sie von DEWE et al. (1995) entwickelt wurden. Dieser Ansatz scheint mir aus mehreren Gründen plausibel: Hier wird u.a. versucht, die anhaltende „Identitätskrise“ der helfenden Berufe durch eine Klärung des Verhältnisses von Ausbildungswissen und berufspraktischem Können zu fassen. Die Beziehung von Theorie und Praxis, wie sie für die Sozialpädagogik typisch ist, steht dabei im Vordergrund. Ferner bemühen sich die Autoren um eine Konkretisierung ihrer Annahmen für das Handeln im Gesundheitswesen, was diesen Ansatz für die vorliegende Arbeit zusätzlich interessant gestaltet.

Die Autoren versuchen eine historische Aufarbeitung der Profession Sozialpädagogik. Dabei wird deutlich, daß es eine Reihe von Identifikationsfiguren gab, an denen sich praktisch tätige Sozialpädagogen orientieren konnten. Zu nennen sind die Figuren des Sozialtechnologen oder „professionellen Altruisten“ (DEWE et al. 1995, 41 ff.), die heute kaum noch als Leitbild fungieren. Diese Figuren der siebziger Jahre sind durch keine neuen Leitbilder ersetzt worden. Auch der „wissenschaftlich ausgebildete Praktiker“ (LÜDERS 1987) erschien nicht als ausreichend konturiert und akzeptiert. Auch in der Praxis konnte sich das damit verbundene Verständnis nicht durchsetzen.

Praktische Sozialpädagogik orientiert sich eher an psychotherapeuti-



schen Konzepten. Der anhaltende Psychoboom (KEUPP 1988a, 58 ff.) erweist sich dabei jedoch als paradox: Einerseits werden der Sozialpädagogik neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet, andererseits haben diese Ansätze ihre Wurzeln in der Psychologie. Sie sind daher mit dem sozialpädagogischen Selbstverständnis in ihrer Reichweite und in ihrem Gesamtzusammenhang kaum nachvollziehbar. Sozialpädagogen stehen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit Psychologen und versuchen psychologische Kompetenzen zu erwerben, was ein relativ aussichtsloses Unterfangen ist.

Neben diesen Problemen, die sich aus der historischen Entwicklung der Profession heraus ableiten lassen, sehen die Autoren weitere Quellen für Desorientierung und mangelnde Konsistenz des Berufsbildes. Gemeint ist der derzeitige Zustand von Theorie und Praxis, was Ausbildung und späteres Berufsleben angeht.

Die Sozialpädagoge-Klient-Beziehung erfordert in jedem Fall Deutung und Behandlung des Einzelfalls, d.h. eine Auseinandersetzung, die in der Anwendung des erworbenen Regelwissens nicht aufgeht. Die Fähigkeit zur Realisierung dieser professionellen Handlungskomponente ist nun nicht einfach zu erwerben durch eine institutionalisierte, fachlich spezialisierte Ausbildung, an deren Ende die Beherrschung eines wissenschaftlichen Wissensbestandes und des dazugehörigen Methodenrepertoires steht. *Sie ist stattdessen das Resultat einer eingeübten Handlungspraxis, die sich neben sozialwissenschaftlich-pädagogischer Analysefähigkeit, genauen Kenntnissen der Lebenssituation des Klienten auch durch Intuition, Empathie und professionelles Erfahrungswissen auszeichnet.*

(DEWE et al. 1995, 20. Hervorhbg. i. Org.)

Das Wissen, das im späteren Berufsleben benötigt wird, ist nicht standardisierbar. In der Ausbildung kann nicht mit absoluter Sicherheit das gelehrt und erlernt werden, was später einmal notwendig sein kann. Die Hinwendung zu einer Fallorientierung, die hermeneutische, intuitive und emphatische Kompetenzen betont, führt gleichfalls in eine Sackgasse. Denn die Beziehung zwischen dem Sozialpädagogen und dem Klienten

ist keine Primärbeziehung.

... der Klient würde zum Nachbarn, Kumpel, zum Freund bzw. zur Freundin. Wenn man das berechtigte Bedürfnis nach befriedigenden menschlichen Basisbeziehungen auf professionelle berufliche Beziehungen überträgt oder gar verlagert, gelingen aber weder die mitmenschlichen noch die beruflichen Beziehungen.

(Ebd. 23 f.)

Welches Wissen wird nun während der Ausbildung vermittelt, welches Können wird in der Praxis verlangt? Dies ist ein weiterer Punkt, den sich die Autoren stellen. Spürbar ist in der derzeitigen Ausbildung ein überkommenes Verhältnis von Theorie- und Praxiswissen, das besagt, theoretisches Wissen sei höherwertiger als das der Praxis. Wissenschaftliches Wissen beansprucht, das potentiell erfolgreiche Handeln der Praxis definieren zu können. Die Wirklichkeit der Praxis wird damit nach eigenen Regeln festgelegt. Das berufliche Wissen muß folglich seine Legitimität im Lichte wissenschaftlichen Wissens ausweisen. Pointiert formuliert: Praktisches Handeln, das nach wissenschaftlichen Kriterien nicht zum Erfolg führen kann, es aber dennoch tut, darf es nicht geben - oder ist Scharlatanerie! In der Praxis gibt es jedoch eine ganze Reihe von Wissensvorräten und Handlungsabläufen, die nicht als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen und Überlegungen dienen. Damit ist Erfahrungswissen gemeint, das für das alltägliche Handeln unverzichtbar ist. Von der wissenschaftlichen Diskussion bleibt dieses Wissen abgespalten und wird somit illegitim - zugleich aber unverzichtbar.

Paradoxerweise produziert das Modell der wissenschaftlich angeleiteten Praxis auf diesem Wege genau jene Auf- und Abspaltung von Wissenschaft und Berufspraxis, zu deren Überwindung es konzipiert war.

(Ebd. 64)

So gesehen erweist sich die Hochschulausbildung mit ihrer Orientierung auf wissenschaftliches Wissen in mehrfacher Hinsicht problematisch.

- Es ist kaum eindeutig, welche verfügbaren Theorien für die Ausbildung sinnvoll sein könnten.
- Die für pädagogische Problemlagen verwendbaren Theorien sind in sich heterogen. Da selbst die Wissenschaft nicht in der Lage ist, diese Wissensbestände zu integrieren, stellt dies sowohl für Studenten, wie für die Praktiker eine kaum lösbare Aufgabe dar.
- Zeitliche und organisatorische Probleme im Studium lassen Studenten nur wenig Zeit, sich mit den Theoriegebäuden zu beschäftigen. Die Aneignung des Wissen wird dadurch nur fragmentarisch und partikular sein, „... so daß die Vorstellung einer Ausbildung von Pädagogen zu integrierten sozialwissenschaftlichen Experten notwendig an der institutionellen Realität scheitern müsse“ (Ebd., 71).
- Der Prozeß der Umsetzung des wissenschaftlichen Wissens in praktisches Handlungswissen bleibt während der Ausbildung unbeleuchtet. Zwar wird relevantes Wissen gemäß Studienordnungen gelernt und in Prüfungen abgefragt, die Problematik einer erforderlichen Transformationsleistung bleibt aber ausgeblendet.
- Sozialwissenschaftliches Wissen besitzt nicht die Struktur, die es erlaubt, in einem Schritt komplett erworben und dann erfolgreich umgesetzt zu werden.
- Bei der Anwendung der Theorie in der Berufspraxis wird nicht die volle Komplexität der Theorie berücksichtigt. Es kommen nur herausgelöste Begriffe und Theoreme zur Anwendung.
- Pädagogisches Handeln ist immer an eine Person gebunden und impliziert normative Zielsetzungen. Wissenschaftliches Wissen ist gleichfalls Komponente dieses Handelns; über das Verhältnis dieser Komponenten besteht indes kaum Klarheit.
- Die Verwissenschaftlichung birgt die Gefahr der sozialtechnologi-

schen Bevormundung und vernachlässigt die Dignität der pädagogischen Praxis (vgl. ebd., 71 f.).

Die Autoren versuchen im Anschluß an diese Ausführungen die Ausarbeitung eines eigenen Konzeptes zur Innovation der heutigen (Fachhochschul-)Ausbildung. Sie stellen die Prämisse der bisherigen Ausbildungskonzepte in Frage, die davon ausging wissenschaftliches Wissen sei höherwertig als praktisches Wissen. Dabei stützen sie sich auf Ansätze der Wissenssoziologie (BECK & BONß 1989) und der konstruktivistischen Wissenschaftssoziologie (KNORR-CETINA 1988), die die Rationalitätshierarchie von Wissenstypen durch ein Konzept unterschiedlicher Sichtweisen ersetzen. Damit wird an Überlegungen angeknüpft, die sich mit dem Problem des Statusübergangs beschäftigten (GILDEMEISTER 1983, 81 ff.).

Für die Arbeit im Gesundheitswesen ist ferner kennzeichnend, daß ihre Bestimmung verschiedenen Handlungslogiken unterliegt. Handlungslogiken legen fest, welches die richtige und sinnvollste Art eines sozialpädagogischen Verhaltens ausmacht. Ohne im einzelnen auf die Logiken einzugehen reicht der Hinweis, daß Sozialpädagogen in der Praxis mehreren Ansprüchen gerecht werden müssen: Das Interesse und Ziel des Klienten ist zu beachten, Richtlinien und Grundsätze von Kostenträgern (z.B. Krankenkassen) dürfen nicht außer acht gelassen werden, konkurrierende und widersprechende Diagnosen von Medizinern oder Psychologen bedürfen der Interpretation usw. (vgl. a. DAßLER, MÜLLER & SCHWARZ 1997). Wie sich der Sozialpädagoge bei einem Konflikt - mit dem Klienten oder Vertretern anderer Berufsgruppen - zu verhalten hat, bleibt undefiniert. Hier erschließt sich ein weiteres Feld, in dem Sozialpädagogen professionell agieren sollen, das jedoch von Unsicherheit geprägt ist.

#### **9.1.4 Erklärungswert des Konzepts der Risikogesellschaft**

In diesem Abschnitt werde ich darstellen, inwieweit der Diskurs be-

zöglich einer defizitären Konturierung der Sozialpädagogik auf der Grundlage des Konzeptes der Risikogesellschaft zu erklären ist. Der Entwurf Risikogesellschaft bietet eine Reihe von Interpretationsmöglichkeiten, die das hier interessierende Problem erhellen können. Möglich wäre z.B. ein Anknüpfen an das Individualisierungstheorem. Damit stünde der Weg offen, auf der Basis von individuellen Prozessen zu untersuchen, wie sich dieses Problem auf die Identitätsfindung und -bildung von Sozialarbeitern auswirkt. Auch die Individualisierung und die damit verbundenen Probleme seitens der Klienten dürften den Ausgangspunkt einer näheren Analyse ausmachen. Dies wäre sicher möglich und interessant, verstellt aber den Blick auf einen meiner Meinung nach zentralen Aspekt des Problems. Ich verfolge vielmehr die Absicht an die Überlegungen bezüglich des Umgangs und der Bedeutung wissenschaftlichen Wissens in der Risikogesellschaft anzuknüpfen.

#### **9.1.4.1 Wissensabhängigkeit von Modernisierungsrisiken**

Ausgangspunkt der Überlegungen sind auch hier Risiken, die aus dem Prozeß der Modernisierung und der technischen Entwicklung resultieren. Die Risiken und das Wissen über sie sind miteinander verknüpft. Das macht Modernisierungsrisiken wissensabhängig. Das tatsächliche Risiko und das reale Ausmaß der Gefährdungen entzieht sich somit der direkten Wahrnehmung durch die eigenen Sinne: Entweichende Radioaktivität aus kerntechnischen Anlagen kann z.B. nicht mit den körpereigenen Sensoren wahrgenommen werden, Giftstoffe erweisen sich selbst bei kleinsten Mengen als gefährlich und nur mit sensiblen Meßgeräten aufspürbar.

Diese Entsinnlichung führt zu Prozessen der sozialen Konstruktion von erlebter Wirklichkeit, denn es wird nur das als gefährlich eingestuft, was Gegenstand einer Untersuchung war und zudem von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Damit ist nicht ausgeschlossen, daß es noch eine Reihe anderer Gefährdungen gibt, die bisher noch nicht annähernd

erforscht sind. Die „objektive“ Feststellung eines Risikos ist kaum mehr möglich, andererseits legen Experten fest, was als gefährlich gilt und was nicht. Da „Aussagen über Gefährdungen [...] niemals auf bloße Tatsachenaussagen reduzierbar [sind]“ (BECK 1986, 37), bleibt ein großer Spielraum bezüglich der Einschätzung von Gefahren. Kausalitäten können lediglich vermutet werden, ein Beweis bleibt vielfach unmöglich. An die Stelle des eindeutigen Beweises und der Identifikation eines „Schuldigen“ oder „Auslösers“ tritt der Glaube, daß es so sei. „In dieser Bedeutung handelt es sich auch beim alltäglichen Risikobewußtsein um ein *theoretisches* und damit um ein *verwissenschaftlichtes* Bewußtsein“ (ebd. Hervorhbg. i. Org.). In der Konsequenz bedeutet dies aber, daß das Rationalitätsmonopol der Wissenschaften breite Angriffsfläche für Kritik bietet: Es kann nicht mehr zuverlässig ermittelt werden, was als gefährlich, bedenklich oder ungefährlich gelten soll. Die wissenschaftliche Feststellung eines Risikos bleibt jedoch nicht unumstritten und bietet Anlaß zu Kritik:

Es beruht zum einen auf einem *Kartenhaus spekulativer Annahmen* und bewegt sich ausschließlich im Rahmen von *Wahrscheinlichkeitsaussagen*, deren Sicherheitsprognosen durch *tatsächliche* Unfälle strenggenommen nicht einmal widerlegt werden können.

(Ebd., 38. Hervorhbg. i. Org.)

Die gesellschaftliche Diskussion über (technische und soziale) Risiken ist geprägt durch sich widersprechende Ergebnisse, Vermutungen und Deutungen wissenschaftlicher Rationalität und sozialer Konstruktion. Beide haben ihre innere Stringenz und Logik, sind somit kaum zu widerlegen. Die Wissens- und Glaubensabhängigkeit der Gefährdungen macht eine auf reiner Rationalität beruhenden Diskussion unmöglich. Die Problematik von zunehmender oder gleichbleibender Gewalttätigkeit an deutschen Schulen leistet ein anschauliches Beispiel dafür: Während in der öffentlichen Diskussion von einer Zunahme der Gewalt ausgegangen wird, „beweisen“ Untersuchungen ein gleichbleibendes Potential an Gewalt. Eine weitere Interpretation geht ebenfalls von einer gleichblei-

benden Häufigkeit aus, die aber auf einer anderen, brutaleren Qualität der Gewalt fußt. „Die Dialektik von Kritik und Unruhe lebt wesentlich von der Dialektik von Expertise und Gegenexpertise“ (ebd., 40).

Vorhandene Gefahren und Risiken, auf diese Art identifiziert, ähneln in ihrer Gesamtheit einem Baukasten, da den Vermutungen über mögliche Kausalitäten kaum Grenzen gesetzt sind. Immer neue Zusammenhänge lassen sich ermitteln. „Wesentlich aber ist, daß selbst bei der unübersehbaren Fülle von Interpretationsmöglichkeiten immer wieder *Einzelbedingungen* zueinander in Beziehung gesetzt werden“ (ebd., 41. Hervorhbg. i. Org.).

Solche Vermutungen über mögliche Zusammenhänge sind in die Zukunft gerichtet. Riskantes Verhalten wird erst in der Zukunft Auswirkungen zeigen. Es geht in diesem Sinne also nicht darum, bereits eingetretene überschaubare Schädigungen zu beheben, sondern zukünftige unüberschaubare Probleme zu verhindern.

BECK hat in der Darlegung seines Konzeptes sicher Unfälle im technischen Bereich vor Augen. Eine Interpretation und Rekonstruktion dieser Überlegungen im sozialen Bereich ist möglich. Beispielhaft zu nennen wäre die derzeit aktuelle Diskussion über Gewalttaten und Tötungsdelikte von Freigängern aus Haftanstalten. Auch hier haben Experten Risikoeinschätzungen geleistet, z.B. durch Erstellung von Sozialprognosen.

Aus den angestellten Überlegungen geht hervor, daß Wissen über komplexe Systeme stets von Unsicherheit geprägt ist. Gleiches gilt auch für die Arbeit von Sozialpädagogen im Gesundheitswesen. Die Unsicherheit in der disziplinären Selbstdarstellung der Sozialpädagogik und in der Sozialen Arbeit auf der Grundlage einer Unsicherheit von Wissen zu erklären, erscheint mir durchaus plausibel. Wissen ist notwendig, um eigenes Verhalten zu planen, zu koordinieren und zu evaluieren. Dieses Verhalten meint nicht nur die Interaktion mit dem Klienten. Auch im Kontakt mit anderen Institutionen, mit Kollegen und zur Innovation sozia-

ler Angebote wird wissensbasiertes Handeln benötigt.

Die Bestimmung dessen, was für den Klienten richtig und erstrebenswert sei, umreißt zudem ein Grundproblem der Sozialpädagogik, das seit ihren Anfängen in der Diskussion stand. Neben der bekannten Problematik von Hilfe und Kontrolle (vgl. z.B. BELLEBAUM et al. 1985; SACHSE & TENNSTEDT 1986) ist das professionelle soziale Handeln von strukturellen Paradoxien gekennzeichnet (GILDEMEISTER 1983, 64 ff.). Also erweist sich selbst bei einer stabilen Weltsicht die Soziale Arbeit durch Interpretationen geeigneter Hilfe und notwendiger Kontrolle geprägt. DEWE et al. (1995, 134 ff.) diskutieren dieses Problem unter dem Stichwort unterschiedlicher Handlungslogiken.

Diese Thematik macht für die Sozialpädagogik ein altes und bekanntes Problem aus. Ein Wandel der Orientierung hin zu einer Dienstleistung für Klienten, die sich nicht in einer akuten Notlagen befinden, erschwert die Orientierung zusätzlich. (Hier wäre ein direktes Anknüpfen an Individualisierungsproblematiken möglich. Diese Diskussion hebt bekanntlich u.a. darauf ab, daß die Sozialarbeit Teil ganz normaler Erziehung wird und ihren Charakter als Nothilfeeinrichtung verliert [WINKLER 1992, 70]).

BECK spricht in seinem Ansatz die „implizite Ethik“ (1986, 37 f.) an. Es tritt die problematische Frage auf, wie Leben gestaltet werden soll „... und damit die neue alte Frage, *wie wollen wir leben?*“ (ebd. 37, Hervorhbg. im Org.). Diese Frage ist für die Sozialpädagogik ohnehin schwierig zu beantworten, besonders dann, wenn sie in der Interaktion mit Klienten akut wird und Zielbestimmungen sozialer Intervention ausgehandelt werden sollen. Denn auch für die Sozialwissenschaft gilt, daß ihr Rationalitätsmonopol nicht ohne Zweifel bleibt. Klienten oder Gruppen von Klienten stellen Zielbestimmungen und Handlungsentwürfe in Frage. Zudem erscheinen in der öffentlichen Diskussion sozialpädagogische Handlungsansätze z.T. sehr kritisch: Erlebnispädagogische Maßnahmen mit devianten Jugendlichen scheinen in der öffentlichen Meinung – im Gegensatz zur fachlichen Diskussion - immer weniger Akzeptanz zu genießen.



Die Ausbildung für die Praxis definiert sich aufgrund der Wissensproblematik schwierig. Wie erwähnt, ist bei der Auswahl der Wissensinhalte für die Ausbildung strittig, welche Theorien sinnvoll sein könnten. Die Problematik der Wissensabhängigkeit von Risiken macht die „Richtigkeit“ der geeigneten Theorien obsolet. Für den Bereich Gesundheit bekommen selbst traditionell riskante Verhaltensweisen eine positive Note. So kann Rauchen oder geringer und maßvoller Alkoholkonsum durchaus funktionell sein, nimmt man das Modell der Lebensweisen (vgl. 4.3.3) als Bezugsmaßstab. Andererseits werden traditionell gesunde Tätigkeiten z.B. das Joggen, bei dem das Risiko für den plötzlichen Herztod steigt (KLEINMANN 1987), riskant. Vollends verwirrend muten wissenschaftliche Untersuchungen zu Risiken an, die unverständliche Ergebnisse liefern. So wird z.B. in einer Untersuchung zur Krebsrate in der Umgebung westdeutscher kerntechnischer Anlagen praktisch keinerlei erhöhte Gefährdung festgestellt. In den Standorten, in denen ein Kernkraftwerk *geplant* ist, kann man jedoch eine erhöhte Krebsrate ermitteln (MICHAELIS et al. 1992). Dieses Ergebnis stellt keinen Artefakt dar - im Gegenteil -, britische Resultate werden bestätigt.

#### **9.1.4.2 Bewertung des Erklärungswertes**

Der Ansatz der Risikogesellschaft eignet sich zur Klärung des angesprochenen Problems insoweit, als ein wahrgenommenes Defizit in der Konturierung und Profilierung der Sozialpädagogik als Unsicherheit im Wissen um den konkreten Gegenstand der Sozialen Arbeit begriffen werden kann. Es fehlt das Wissen, was Sozialpädagogik leisten kann, leisten sollte und mit welchen Problemen zu rechnen ist. Problematisch für die Sozialpädagogik in der Risikogesellschaft erweist sich der Umgang mit dem Wissen: Immer noch wird davon ausgegangen, daß im klassischen Sinne Wissen über den Gegenstand anzuhäufen sei, um dieses dann im Handlungsfall anzuwenden. Wissen mutiert aus den bereits dargelegten Gründen zum Aushandlungsobjekt, Kategorien wie „wahr“

und „falsch“ verschwinden in einer durch Unübersichtlichkeit bis hin zur Konfusion geprägten Wirklichkeitskonstruktion.

Unklar bleibt bei BECK, ob es sich um individuelle oder gesamtgesellschaftliche Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion handelt: Macht sich jedes Individuum seine eigenen Vorstellungen über die persönliche Betroffenheit, oder geht es mehr um die Bereitstellung von Risikoszenarien für die breite Öffentlichkeit? Es dreht sich hier um die Frage, auf welcher Ebene Erklärungsmuster aktiv werden.

Zudem sollte man hinzufügen, daß das Wissen um Risiken auch dann Auswirkungen auf das Verhalten und Empfinden hat, wenn „objektiv“ betrachtet, keine Gefahr vorliegt. Angesprochen ist damit das sogenannte „THOMAS-Theorem“. Es besagt, daß Situationen dann reale Auswirkungen zeigen, wenn sie von den betroffenen Individuen als real definiert werden. Neuere Forschungsansätze tragen dem Rechnung. So untersucht z.B. MANSEL (1995) die Befürchtungen von Jugendlichen bezüglich der Gefahren in der Risikogesellschaft. Neben durchaus realen Gefahren wie Arbeitslosigkeit, Umweltzerstörung usw. wird auch nach den Befürchtungen vor einem Krieg in Europa oder der Invasion von Außerirdischen gefragt.

## 9.2 Hilfe zur Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung

Die vorangegangene Selbstdarstellungsproblematik als Diskursphänomen der Sozialpädagogik ist gemäß des entwickelten Kategorienschemas ein Diskurs der Kategorie KAT 3 oder KAT 5. Diese Kategorien bezeichnen eine Erörterung, die im Laufe des letzten Jahrzehnts entstand und noch fort dauert. In diesem Abschnitt wird ein Thema angeschnitten, daß sich bereits am Anfang, spätestens gegen Mitte der siebziger Jahre zu entfalten begann und seinen Höhepunkt etwa in der ersten Hälfte der achtziger Jahre erreichte: Die Selbsthilfebewegung! Laut Kategorienschema handelt es sich um einen Diskurs der Kategorie KAT 4.

Dabei ist streng zu unterscheiden zwischen der Selbsthilfebewegung und den Selbsthilfegruppen einerseits und der Forderung, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten andererseits. Die mehrfache Besetzung des Begriffs Selbsthilfe bedeutet auch ein Darstellungsproblem für die vorliegende Arbeit. Ich verwende daher im folgenden die Begriffe Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung synonym. Dies begründet sich aus dem Ziel der hier interessierenden Analyse. Sofern ich auf den Auftrag „Hilfe zur Selbsthilfe“ Bezug nehme, erfolgt eine entsprechende Kenntlichmachung.

Die erwähnte Zweiteilung, in das Zeitphänomen Selbsthilfebewegung und den ständigen Auftrag, spiegelt sich auch in den Kategorisierungen der Paraphrasen wider. Der Gesamtdiskurs der Selbsthilfeproblematik wird im Untersuchungscorpus durch 8 zentrale Paraphrasen repräsentiert. Nur eine Paraphrase ist für den gesamten Untersuchungszeitraum festzustellen und zwar „Selbsthilfepotential soll erschlossen werden“. Die anderen Paraphrasen lassen sich nur im Bereich KAT 1 oder KAT 4 finden und beziehen sich auf Kernthemen der Selbsthilfebewegung (s. Anhang).

Die Aufgabe und Aufforderung Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist nicht nur implizit im Selbstverständnis der Sozialpädagogik eingelassen, son-

dern auch rechtlich definiert - jedenfalls bei allen sozialen Diensten, die gemäß Bundessozialhilfegesetz (BSHG) arbeiten. Dort heißt es an exponierter Stelle:

Aufgabe der Sozialhilfe ist es, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfe soll ihn soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muß er nach seinen Kräften mitwirken.

(BSHG §1, Abs. 2)

Das Selbsthilfevermögen des Klienten zu stärken, ist Ziel und Methode der Sozialarbeit zugleich.

Das Phänomen, das jetzt näher beleuchtet werden soll, hängt fraglos mit den Forderungen nach Hilfe zur Selbsthilfe zusammen und hat das Verständnis für diesen Sachverhalt sicher beeinflusst. Die Selbsthilfebewegung - wie sie sich selbst nennt - und die entsprechenden Veröffentlichungen finden ihren Höhepunkt zu Beginn der achtziger Jahre. Gleichwohl ist dieser Diskurs zeitlich schwerer zu umreißen als der Selbstdarstellungsdiskurs, da die Ausläufer der Diskussion um die Selbsthilfebewegung in die Empowermentdiskussion der achtziger und neunziger Jahre hineinragen und sie maßgeblich mitbestimmen. Es ist somit schwer zu analysieren, wann der Selbsthilfediskurs in dieser Hinsicht endet; zumal das Interesse an den Funktionen von sozialen Netzwerken und Unterstützung erhalten bleibt. PAULUS (1997, 176) gibt die Anzahl psychologischer Arbeiten zu diesem Thema mit 3053 Titeln an.

Die Darstellung des Übergangs von der Selbsthilfe zum Empowerment möchte ich im Rahmen dieser Arbeit nicht erörtern. Die Verbindungen und Brüche sind derart vielfältig, daß sie hier nicht ausreichend präzise erläutert werden können und eine neue, umfangreichere Ausarbeitung erfordern. Dies ist nicht das Ziel meines Ansatzes. Ich beschränke mich daher auf die Darstellung der Selbsthilfediskussion (zur Einführung in die Thematik des Empowerments: HERRIGER 1991; STARK 1996; MORBACH 1997).

Inhaltlich-qualitativ ist zu erwägen, daß heute feststellbare Aussagen zur Selbsthilfe in vereinzelten Nebensätzen - eher als Floskeln - erfolgen. Zum Höhepunkt der Selbsthilfebewegung verläuft die Diskussion wesentlich differenzierter. Das erstaunt wenig. Differenzierte Aussagen zur Selbsthilfe finden sich heute fast ausschließlich in der Empowermentdiskussion.

Zur Beschreibung dieser Problematik wähle ich ein ähnliches Vorgehen, wie bei der Illustration der Selbstdarstellungsproblematik. Zunächst wird anhand der Aussagen aus dem Untersuchungscorpus die Problemlage aufgedeckt. Danach werde ich weiterführende zeitgenössische und retrospektive Literatur heranziehen, um ein differenzierteres Hintergrundbild zu skizzieren. Dabei stütze ich mich zunächst auf die empirischen Bestandsaufnahmen der Selbsthilfegruppenforschung. Anschließend wende ich mich Problemen zu, die möglicherweise zum plötzlichen Ende der Selbsthilfeeuphorie geführt haben. Abschließend wird erneut der Anschluß an Erklärungsmöglichkeiten auf der Grundlage der Risikogesellschaft versucht und der Erklärungswert kritisch diskutiert.

### **9.2.1 Der Selbsthilfediskurs**

Die Haltung innerhalb des sozialpädagogischen Diskurses muß angesichts der Programmatik der Selbsthilfegruppen ambivalent sein. Die Motive der Selbsthilfebewegung sind u.a. in der Kritik an Experten zu verorten. Mit Experten sind in dieser Hinsicht nicht nur Mediziner, Psychologen und Verwaltungsfachleute gemeint, sondern auch Sozialarbeiter. Dies wäre ein Grund, die zunehmend selbstbewußter auftretenden Selbsthilfegruppen in oppositioneller Ablehnung zu betrachten. Die Forderung, professionelle Helfer sollten sich aus zahlreichen Hilfsangeboten zurückziehen, beinhaltet zudem die Gefahr, daß traditionelle Arbeitsfelder und mühsam von anderen Disziplinen gewonnenes Terrain vom Klientel in Frage gestellt werden.

Andererseits bietet sich hier die Gelegenheit, eine ähnliche Argumentation wie die Selbsthilfegruppen zu wählen und so Defizite der konkurrierenden Disziplinen aufzudecken. Dabei wird der anwaltschaftliche Anspruch der Sozialpädagogik bezüglich der Durchsetzung von Klienteninteressen als Kopplungsmöglichkeit genutzt.

MOELLER [eine der zentralen Personen in der beginnenden Selbsthilfebewegung, T.S.] jedenfalls bezeichnet den Sozialpädagogen aufgrund geringerer Spezialisierung und größerer Alltagsnähe als den stärksten Verbündeten der Selbsthilfegruppen.

(KÜHL 1983, 38)

Dieser argumentative Kunstgriff erlaubt eine Kooperation mit der Selbsthilfe bei gleichzeitiger Kritik an den professionellen Helfern - zu denen auch die Sozialpädagogik prinzipiell zu zählen ist. Solches wird u.a. dadurch möglich, daß sich in der Selbsthilfebewegung die Ansicht durchsetzt, in beschränktem Maße auf Experten zurückzugreifen, um die Arbeit in den Gruppen effektiver und kompetenter zu gestalten. Zwar werden auch Mediziner von Selbsthilfegruppen in Gesundheitsfragen zur Mitarbeit aufgefordert, deren Aufgabe aber umschließt zumeist lediglich die Informationsleistung für Spezialfragen. Sozialarbeiter sehen sich zunehmend als Gestalter der Gruppenaktivitäten und Initiatoren von übergreifenden Aktionen.

Der Diskurs nimmt also in zweierlei Hinsicht Stellung zur Selbsthilfe. Einerseits muß die Kritik am Experten Sozialarbeiter verarbeitet werden, entweder durch Einsicht in die Defizite und deren Kompensation oder durch Hinweis auf die mangelnde Problemdarstellung durch Selbsthilfegruppen und deren Defizite. Dies möchte ich als kritisierende Position bezeichnen. Diese Kritik bricht später, gegen Mitte der achtziger Jahre, verstärkt auf und mündet in einer innerdisziplinären Debatte eines „Abschieds vom Experten“ (OLK 1986). Mit einer Anspielung auf die Kritik aus der Selbsthilfebewegung schreibt OLK (ebd., 4):

... auch der „Laie“ scheint heute eher bereit zu sein, dem Professionellen egoistische Interessenorientierungen, un-

lautere Motive und/oder schlicht Inkompetenz zuzuschreiben.

Andererseits enthält die Sympathie und Unterstützung für die Selbsthilfe jedoch die Möglichkeit, diese aufkeimende Kritik und Verunsicherung nach außen zu wenden. Die Sozialpädagogik kann sich als Kooperationspartner der Selbsthilfegruppen profilieren. Solches geschieht durch verstärktes Herausarbeiten der Vorteile der Selbsthilfe für die Klienten, die auch im Interesse der Sozialarbeit liegen. Diese Position soll als sympathisierend bezeichnet werden.

Was sind nun die kennzeichnenden Elemente dieses Diskurses? Die Problembeschreibungen gehen davon aus, daß in den spätkapitalistischen Gesellschaften Kommunikationsstörungen vermehrt auftreten. Gleichzeitig führt die gesellschaftliche Entwicklung zu einem rasanten Zerfall traditioneller Lebensgemeinschaften, in dessen Zuge auch alternative Möglichkeiten zur Behebung individueller Problem- und Mängellagen verschwinden. Materielle und emotionale Hilfe jenseits des professionellen Hilfesystems zu finden, gestaltet sich zunehmend schwieriger.

Im Mittelpunkt steht jedoch die Kritik der Ineffektivität professioneller Dienstleistungssysteme und der „Entmündigung durch Experten“ (ILLICH 1979). Nicht zufällig haben sich gerade im Gesundheitswesen, einem Bereich mit extrem hohem Professionalisierungsgrad, Ende der siebziger Jahre zahllose Selbsthilfegruppen gebildet.

(KÜHL 1983, 37)

Die Ineffektivität des Dienstleistungssystems wird als ein Krisenszenario betrachtet, in dem

... mehr Leistungen vorgespiegelt werden als tatsächlich erbracht werden können. Dies trifft für die Medizin und die Pädagogik gleichermaßen zu, denn der finanzielle und personelle Aufwand ist an früher gemessen ins Immense gewachsen, und doch ist für die Betroffenen ein Unbehagen über die mangelnde Effektivität ihres Handelns täglich erfahrbar (...)

(THOMAS 1981, 64)

Die Entmündigung durch Experten wird bereits sehr früh als ein Problem betrachtet. Das heißt, daß Experten - auch hier sind vornehmlich Mediziner gemeint - über und nicht mit dem Patienten über das weitere Vorgehen entscheiden. Eigene Definitionen des Patienten und der Anspruch auf Handlungs- und Entscheidungsautonomie werden ignoriert. Die Desinformation des Patienten durch Mediziner ist ein Punkt des Entmündigungsvorwurfs. Darauf wurde bereits verwiesen. Konsequenterweise läßt sich daraus schließen, daß „... der dem medizinisch-professionellen Komplex ausgelieferte Patient die Diagnose und die Behandlung mit sich geschehen lassen muß“ (WENDT 1977c, 78). Dem in diesem Text geschilderten Ausgeliefertsein wird hier noch die Kompetenz des Sozialdienstes entgegengestellt, der als Verbündeter im Kontext des Krankenhausbetriebes agiert. Das Problem der Entmündigung durch Experten tritt zwar klar zutage, aber ohne Bezug auf die eigenen Maßnahmen.

Eine derartig definierte Entmündigung zieht sich durch die analysierte Literatur und wird häufig beklagt. Relativ selten findet in der Anfangsphase des Diskurses - Mitte der siebziger Jahre - der Vorteil der Selbstbestimmung des Klienten Beachtung. Der Diskurs bleibt somit auf eine Negativdarstellung der momentanen Situation beschränkt.

Exemplarisch läßt sich der Zusammenhang im Hinblick auf die Rehabilitation fassen. Tatsächlich bilden gerade Rehabilitanten einen Großteil der Mitglieder in Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich. In der Beschreibung der Rehabilitationssituation treten die skandalisierten Punkte deutlich zutage.

Rehabilitation im professionellen Hilfesystem ist in den einschlägigen Darstellungen kein individuell gewählter und gestalteter Weg, sondern ein Ereignis, das den Patienten widerfährt und sie zum Spielball der Institutionen degradiert. Hoffnungen und Wünsche der Patienten werden bereits im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahmen durch bürokratische Hemmnisse beschnitten.



Geradezu exemplarisch spiegelt sich dies in der Nachzeichnung eines individuellen Schicksals wider (BERGMANN & PRÜMPER 1977). Nach einem Arbeitsunfall kann Peter H. seinen erlernten und bisher ausgeübten Beruf des Elektroinstallateurs nicht mehr ausüben. Er setzt trotz bürokratischer Hürden seine Hoffnung auf die Rehabilitation.

Und dann kam die Entscheidung des Arbeitsamtes und die wirkte wie ein Schlag:

Die medizinische Untersuchung und die psychologischen Tests hätten ergeben, daß er für den Beruf des Elektrikers oder einen anderen technischen Beruf ungeeignet sei und für die Ausbildung zum Bürokaufmann vorgesehen sei. Die Gutachten hat er nie zu sehen bekommen und auch nicht mit dem Amtsarzt darüber gesprochen.

(Ebd., 46)

Die knappe und desillusionierende Formulierung, Peter H. sei für eine bestimmte Behandlung „vorgesehen“, zeigt die zugewiesene Passivität und Einflußlosigkeit des Subjekts sehr deutlich: Die Degradation zum Objekt geschieht schleichend! Zusätzlich wird die Entscheidung von einem anonymen Apparat getroffen, der im Hintergrund operiert. Die unerhörte Tragweite dieser Entscheidung angesichts einer ohnehin von Ungewißheit belasteten Situation, läßt die Inhumanität durchscheinen. Gleichzeitig wird die Kritik an der Entscheidung bis zur Unmöglichkeit erschwert. Der Hinweis auf medizinische Untersuchungen und psychologische Tests verspricht eine Objektivität, die das Individuum aus den Augen verloren hat. Wissenschaft wirkt als Schutzschild, um Entmündigung zu rechtfertigen.

In der Rehabilitationsmaßnahme werden die Patienten wie (Schul-) Kinder behandelt und verhalten sich nach kurzer Zeit entsprechend. Das komplexe Hilfesystem ist auf eine Infantilisierung der Betroffenen ausgelegt und funktioniert in dieser Hinsicht erschreckend effektiv.

Eine pubertär-infantile Grundstimmung macht sich auch im Unterricht breit: dem Nachbarn das Federmäppchen klauen, kleine Balgereien, Witze, Zoten über die sonst kein Erwachsener lacht. Kein Wunder, denn die Lernerfahrungen

haben die meisten nur aus der Schule, die unter der Bedingung funktioniert, daß der Lernende als Kind gehalten wird.

Über die Infantilstruktur der Rehabilitationseinrichtung scheint sich keiner Gedanken zu machen, und wenn, dann mit dem Ergebnis, daß ein Aufbrechen dieser Struktur nur Unordnung und Chaos hervorrufen würde.

Auf jeden Fall wird von Seiten der Lehrer alles getan, um die kindliche Abhängigkeit der Schüler aufrechtzuerhalten.

(Ebd., 47)

Rehabilitation gerät damit zum Paradoxon. Statt aus einer prekären Situation hinauszuführen, wandelt sie sich zu einem Problem zweiter Ordnung (vgl. 8.2.1.4) und führt auf direktem Weg in eine neue individuelle Problemsituation.

Der Unterricht, die Trennung von Zuhause, die Internatsituation, die mit dem Rehabilitanten- und Schülerstatus verbundene soziale Abwertung bilden ein ständiges Potential von Streß und Konflikten.

(Ebd., 48)

Die Lösung des Konfliktes ist nur dort möglich, wo ausgetretene Wege verlassen werden. Außerhalb der Gängelei expertokratischer Maßnahmen blitzen Ansätze effektiver Möglichkeiten auf.

Mehr als zufälliges Nebenprodukt denn als absichtsvolles Handeln hatte sich ergeben, daß der normale Unterricht für eine Woche ausfiel (...). Sie [die Dozenten, T.S.] hatten ihren Schülern Arbeitsblätter und Aufgaben zurückgelassen, die allein und in Gruppenarbeit zu bewältigen waren. Und allgemein hatte man angenommen, daß die Arbeitsleistungen wie Hausaufgaben angegangen werden, daß die Rehabilitanten den Unterricht schwänzen, in der Kneipe hocken oder gar ganz nach Hause fahren und blau machen.

(...) Durch die zufällige Konstellation haben sich in einigen Kursen Gruppen gebildet, in denen oft intensiver und mehr gearbeitet wurde und mit größerer Lust als im normalen Unterricht.

(Ebd., 49)

Hier ergibt sich eine Verbindung zum nächsten zentralen Punkt in der

Selbsthilfediskussion. Im Diskurs wird davon ausgegangen, Betroffene seien Experten in eigener Sache. Sie selbst wüßten daher die geeigneten Ziele und Maßnahmen, die einen zusätzlichen Motivationsschub zur Lebensbewältigung auslösen könnten. In Selbsthilfegruppen fände daher unter den Mitgliedern eine selbstverständliche Kooperation statt, da alle das gleiche Ziel hätten. Die Beziehungen der Gruppenmitglieder seien aufgrund eines ähnlichen Schicksals von einer Echtheit gekennzeichnet, die kein Professioneller erreichen könne. Die gemeinsame Betroffenheit sei sinnstiftend. In der Beschreibung einer Aachener Gruppe in der Krebsnachsorge werden die Aufgaben der Selbsthilfegruppen so beschrieben:

Sie helfen aus der drohenden und tatsächlichen Isolation und seelischen Vereinsamung ... - das durchgestandene Leid kann für andere nachträglich nutzbar gemacht werden. Sie helfen durch direkte einfache Mitmenschlichkeit. Mitglieder dieser Gruppen haben eine Glaubwürdigkeit, die kein Experte erreicht.

(EBEL 1987, 84a)

Diese Überlegungen haben ernsthafte Konsequenzen für das professionelle Hilfesystem, zumal Selbsthilfegruppen keine vereinzelt Gruppchen sind, sondern zunehmend häufiger auftreten. Das häufigere Auftreten könnte man auch als eine veränderte Wahrnehmung interpretieren, da inzwischen in der nicht-fachlichen Öffentlichkeit Selbsthilfe thematisiert wird und die verstärkte Berichterstattung auf den Fachdiskurs zurückwirkt.

Erwähnenswert ist die in diesem Zusammenhang oft feststellbare simplifizierende Gleichsetzung von Quantität und Qualität: „Die Existenz dieser zahlreichen Gruppen ist das beste Indiz für ihre Wirksamkeit, denn nichts anderes als der Erfolg hält die Selbsthilfegruppen zusammen“ (THOMAS 1981, 64).

Für die Befürworter der Selbsthilfegruppen scheint deren Bedeutung in bezug auf das Hilfesystem immens zu sein. Die sympathisierende

Position läßt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Es scheint somit schon ziemlich sicher, daß die selbst-organisierten Gesprächsgruppen aus dem Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung, der Erziehung und Ausbildung nicht mehr wegzudenken sind, ja daß diese Gruppen mehr und mehr Aufgaben und Funktionen übernehmen, die das professionelle Versorgungswesen seinem Charakter nach als Fremdhilfe gar nicht erfüllen kann.

Denn Selbsthilfe in Gruppen erscheint mittlerweile als die natürlichste und adäquateste Hilfe, um einerseits nicht mehr undurchschaubaren professionellen Versorgungsrezepten unterworfen zu sein, und um andererseits Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit für die Bewältigung von Alltagproblemen zu praktizieren.

(Ebd.)

Neben diesen z.T. euphorischen Überlegungen lassen sich auch kritische Töne vernehmen. Eine eindeutige und einstimmige Zusage zur „Selbsthilfegesellschaft“ existiert nicht. Der Gegendiskurs zweifelt die ersetzende Funktion an und versucht, die Komplementarität von Selbsthilfe und Sozialpädagogik herauszuarbeiten.

Da die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen weitgehend verschüttet sind und die derzeitigen mittelschichtsspezifischen Selbsthilfeansätze für die Arbeitsfelder der Sozialpädagogik inadäquat erscheinen, dürfte die Selbsthilfebewegung kaum in der Lage sein, Aufgaben der Sozialpädagogik umfassend und flächendeckend zu übernehmen. Auf längere Sicht könnten Selbsthilfegruppen in einigen Bereichen eine komplementäre Funktion zukommen (...)

(KÜHL 1983, 39)

Die Mittelschichtorientierung ergibt einen ganz wesentlichen Kritikpunkt an der Arbeit der Selbsthilfegruppen. Es wird durch die breite öffentliche Diskussion und die Erfolgsmeldungen der Eindruck erweckt, daß alle sozialen Probleme durch Eigeninitiative in Selbsthilfegruppen gelöst werden könnten. Dabei geraten Randgruppen aus unteren sozialen Schichten, die nicht die Möglichkeit zu einer ähnlich breiten öffentlichen Artikulation erhalten, aus dem Blickfeld. Die zweifelsohne noch bestehenden Probleme dieser gesellschaftlichen Randgruppen bleiben wegen

einer fehlenden Lobby unberücksichtigt.

Die auf breiter Front feststellbare Selbsthilfeeuphorie beinhaltet auch in anderer Hinsicht Grund zur Warnung, da ein Leistungsabbau und ein Qualitätsverlust Sozialer Arbeit begünstigt werden könnte. Es steht zu befürchten, daß finanzielle Kürzungen von Mitteln aus öffentlichen Kassen mit dem Hinweis auf die kostengünstigere Laienhilfe begründet werden. Der Bericht von einer Konferenz der Gesundheitsminister läßt erahnen, wie die Selbsthilfe von politischen Entscheidungsträgern interpretiert wird.

Aus der Sicht der Gesundheitsminister ist das ehrenamtliche Element, das in Selbsthilfegruppen tätig wird, in hohem Maße förderungswürdig. Hier ist ein gesellschaftlicher Pendelschlag zu beobachten. Die Erfahrung hat gelehrt, daß nicht alles auf diplomierte Fachkräfte delegiert werden kann.

(MAIER 1983, 31)

Da die Erfahrung aber auch lehrt, daß die diplomierten Fachkräfte angemessen entlohnt werden müssen, ist der Hinweis auf die scheinbar überlegene Effektivität der Selbsthilfe ein starkes Argument für finanzielle Kürzungen.

Aber auch in der sozialpädagogischen Kritik an der Selbsthilfe greifen Impulse zur Entwicklung Sozialer Arbeit.

Daneben kann sie [die Laienhilfe, T.S.] jedoch als Korrektiv eines klinisch-kurativen, auf Statusaufwertung bei gleichzeitiger Entfernung von der Wirklichkeit ihrer Adressaten ausgerichteten Professionalisierungskurses wertvolle Anstöße geben. Diese sollten von der Sozialpädagogik aufgegriffen und in ein eher solidarisch-politisches Berufsverständnis umgesetzt werden.

(KÜHL 1983, 43)

Abschließend ist festzuhalten, daß eine sympathisierende Position überwiegt. Die kritischen Töne, in denen die einzelnen Probleme einer überschwenglichen Propagierung der Selbsthilfe dezidiert herausgestellt

werden, sind überaus selten. Publikationen zum Thema treten hauptsächlich zum Beginn der achtziger Jahre auf. Die z.T. euphorische Stimmung endet abrupt in der Mitte der achtziger Jahre.

### **9.2.2 Hintergrundinformationen zum Selbsthilfediskurs**

Es sollte deutlich geworden sein, daß der Diskurs auf zwei bestimmenden Merkmalen fußt:

- Selbsthilfe ist eine Alternative zu einer bevormundenden und inhumanen Bürokratie und dem Expertentum;
- Die wegbrechenden informellen Hilfesysteme können durch Selbsthilfe rekonstruiert werden.

Am Rande sozialpädagogischer Diskussion, aber als erkennbares Bestimmungsstück in der öffentlichen Wahrnehmung, spielt die grass-root-Bewegung eine Rolle. Hier findet sich neben den o.g. Merkmalen auch die Betonung eines alternativen Lebensstils.

Die Selbsthilfe ist zu Beginn der achtziger Jahre ein zentrales Thema der Sozialpädagogik und wird darüber hinaus in der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen. Es scheint sich hier um einen eigentümlichen Begriff zu handeln. Eigentümlich in dem Sinne, daß mit diesem Begriff etwas Bestimmtes bezeichnet werden soll, über das sehr viele verschiedene Vorstellungen, Meinungen und Assoziationen existieren. Was Selbsthilfe ist und Selbsthilfegruppen nun sein sollen, ist trotz der Fülle der Literatur nicht eindeutig zu ermitteln. Es läßt sich nur die tautologische Feststellung machen, daß Selbsthilfegruppen Gruppen bezeichnen, in denen Betroffene sich selbst helfen.

Die Konkretisierung dieser Bestimmungsstücke läßt höchst heterogene Interpretationen zu. Die Gruppengröße kann z.B. enorm variieren. Daher steht ein Begriffsrepertoire zur Verfügung, das von Selbsthilfegruppen und -organisationen über -initiativen bis zu Selbsthilfeprojekten reicht. Die

Bestimmung, wann eine Person von irgend etwas „betroffen“ ist, lässt einen ähnlich großen Interpretationsspielraum offen. Wie schließlich die Hilfe gestaltet werden soll ebenfalls.

Für MOELLER (1978, 79 ff.) ist die Selbstbetroffenheit das entscheidende Merkmal der Selbsthilfegruppen. TROJAN et al. (1986, 32) benennen weitere Kennzeichen, an denen Selbsthilfeszusammenschlüsse erkennbar sind:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem;
- keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer;
- keine Gewinnorientierung;
- gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder soziale Veränderung;
- Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe.

(Ebd, 32)

Über die Ursprünge der Selbsthilfe wird ebenfalls spekuliert. MOELLER (1978, 45 ff.) meint diese bereits in frühen Kulturen zu entdecken. BADEL (1980, 18 ff.) stellt Entwicklungslinien aus der katholischen Soziallehre, aus sozialistischen Strömungen und aus „bürgerlichen“ Genossenschaften dar.

BAUER (1988) sieht beim „Rückblick auf die Vorgeschichte der Wohlfahrtsverbände (...) überraschende Parallelen zwischen ihnen und den Gruppen des Selbsthilfe- und Alternativsektors“ (ebd. 57).

Allgemein anerkannt scheint die Bedeutung der Selbsthilfegruppe der „Anonymen Alkoholiker“ zu sein. Diese Gruppe us-amerikanischen Ursprungs stellt einen Behandlungsstil dar, der von weitreichender Bedeutung für die weitere Entwicklung der Selbsthilfe ist. Überhaupt macht die Entfaltung der nordamerikanischen Selbsthilfeszene einen wichtigen Bezugspunkt aus. Auch britische, skandinavische und niederländische Entwicklungen werden beobachtet und Übersetzungen auf deutsche Verhältnisse erprobt.

Es ist jedoch nicht ganz richtig, von *der Selbsthilfebewegung* zu sprechen, als eine über die Zeit hinweg unveränderte Institution. Vielmehr können einzelne Phasen der Entwicklung aufgezeigt werden. Während die Selbsthilfe in Deutschland zwischen den fünfziger Jahren bis gegen Mitte der siebziger Jahre lediglich Fachleuten bekannt war, setzt darauf folgend ein rasanter Bedeutungszuwachs ein. Daran haben auch die Entwicklungen in den USA Anteil. Die zweite Phase - etwa seit Mitte der siebziger Jahre bis zu den Gesundheitstagen 1980 und 1981 - war geprägt von einer Konfrontation zwischen den Fachleuten und den Selbsthilfegruppen. Nach den Gesundheitstagen wurde die Notwendigkeit einer Kooperation erkannt und der Konflikt entschärft (vgl. MOELLER 1986, 265 f.).

Einige Ergebnisse aus der Selbsthilfegruppenforschung sollen zunächst nachgezeichnet werden. Forschungsvorhaben wählen üblicherweise eine von zwei Perspektiven: die social-support- oder Dienstleistungsperspektive. Die social-support-Perspektive stellt die Bedeutung der sozialen Unterstützungsleistungen für das Individuum in den Vordergrund (z.B. TROJAN et al. 1986); die Dienstleistungsperspektive hingegen den Stellenwert der Selbsthilfe im Hinblick auf seine wohlfahrtsstaatliche Bedeutung (z.B. ENGELHARDT 1995). Neuere Forschungen versuchen diese verschiedenen Perspektiven zu integrieren und betonen dabei die Bedeutung von „community narratives“ (BACHL, BÜCHNER & STARK 1996).

#### **9.2.2.1 Ergebnisse der Selbsthilfegruppenforschung**

Die Selbsthilfegruppenforschung beschäftigt sich mit zahlreichen Überlegungen zum Thema. Die scheinbar einfache Frage nach der Anzahl von Selbsthilfegruppen ist jedoch äußerst schwer zu beantworten. Hier gehen die Angaben weit auseinander, und es ist zu vermuten, daß einige Daten lediglich kolportiert sind. Tabelle 3 zeigt eine Zusammenstellung einiger Daten.



Nr.	Ort der Untersuchung	Zeit	Anzahl der festgestellten Selbsthilfegruppen	Schätzung für die gesamte BRD
1	Bonn / Köln	1979/80	ca. 500	32. - 40.000
2	Berlin	1980	ca. 1.100	35.300
3	Oberhausen	1982	ca. 140	36.800
4	Darmstadt	1984	ca. 132	49.200
5	Berlin	1984	ca. 1.700	54.600
6	Nagold	1984	ca. 20	60.000
7	Hamburg	1981	keine Angabe	5. - 10.000*
8	bundesweite Schätzung	1989	keine Angabe	23.500

\* Diese Schätzung bezieht sich auf *krankheits-* und *lebensproblembezogene* Selbsthilfegruppen.  
Nr.1-6 nach VILMAR & RUNGE (1986, 29)  
Nr.7 nach WINKELVOSS, ITZWERTH & TROJAN (1981, 138)  
Nr.8 nach KARDORFF & OPPL (1989, 9)

**Tabelle 3:** Schätzungen über die Anzahl von Selbsthilfegruppen in der BRD.

KARDORFF & OPPL (1989, 9) schätzen in der Einleitung ihres Bandes die Anzahl auf ca. 23.500, ohne die Quelle dieser Zahl zu nennen. VILMAR & RUNGE (1986) stellen die Ergebnisse von sechs lokalen und regionalen Felduntersuchungen zusammen, deren Ergebnisse zwischen 32.000 und 60.000 schwanken. Sie kommen auf der Grundlagen dieser Daten zu dem Ergebnis, daß es ca. 40.000 Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik gäbe. Dabei bleibt allerdings unklar, warum sie in einer eigenen Schätzung bezüglich der Nagold-Untersuchung noch von 60.000 Gruppen ausgehen. Derzeitige Schätzungen kalkulieren ca. 50.000 Selbsthilfegruppen ein (BRAUN 1993, 22 ff.).

WINKELVOß, ITZWERTH & TROJAN (1981) untersuchen die Situation in Hamburg und kommen im Hinblick auf die gesamte Republik zu dem Ergebnis:

Auf Grund unseres derzeitigen Wissensstandes läßt sich sagen, daß mit etwa 5.000 - 10.000 krankheits- und lebensproblembezogenen Selbsthilfeszusammenschlüssen in der Bundesrepublik gerechnet werden kann. In dieser Zahl sind versorgungsbezogene Bürgerinitiativen, Laien- und Nachbarschaftshilfegruppen, Umweltschutz- und Gegen-

kulturzusammenschlüsse *nicht* enthalten.  
(Ebd., 138. Hervorhbg. i. Org.)

Die Schätzung von 5.000-10.000 Gruppen in der Gesundheitsselbsthilfe wird von VILMAR & RUNGE (1986, 31) durch Heranziehung anderer Datenquellen bestätigt.

Diese Schätzungen sind von mehreren Problemen belastet. Sicher ist, daß es eine große Anzahl gibt, was eine Totalerhebung nur unter erheblichen Kosten ermöglichen würde. Daher wird in einzelnen Kommunen eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Die Selbsthilfegruppen operieren oft in informellen Zirkeln und werden dadurch außerhalb begrenzter lokaler Zusammenhänge kaum sichtbar. Wurde von den Autoren eine ungefähre Anzahl für eine Kommune oder Region ermittelt, so wird versucht, auf die Gesamtsituation zu schließen. Es bleibt also ein Dunkelfeld, das bei der Schätzung miteinbezogen werden muß.

Dabei muß der Tatsache Rechnung getragen werden, daß es große regionale Unterschiede gibt, deren Qualität zudem im Unklaren liegt. Die Vermutung, daß es in ländlichen Gebieten weniger Selbsthilfegruppen als in großstädtischen Ballungsräumen gäbe, ist z.B. nicht haltbar. Diese Aussage mag für die absoluten Zahlen gelten, wird allerdings sofort fraglich, wenn Verhältniszahlen betrachtet werden.

Nach VILMAR & RUNGE (ebd., 29 ff.) ist in Berlin im Jahr 1980 von einem Verhältnis von einer Selbsthilfegruppe je 1.700 Einwohner auszugehen. Im Jahr 1984 beträgt es 1:1.100. Dem stellen die Autoren das Ergebnis eigener Erhebungen entgegen. Im „konservativen Schwarzwaldstädtchen Nagold“ (ebd.) liegt das Verhältnis bei 1:1.000.

Außerdem bleibt in diesem Zusammenhang zu fragen, welche Gruppen als Selbsthilfegruppen bezeichnet werden. Die breite Definition von Gesundheit sorgt hier für großen Spielraum.

Eines der größten Probleme, das wir auch jetzt noch oft diskutieren, ist die Definition: Was ist eine Gesundheitsselbsthilfegruppe? Gehört ein Sportclub dazu, eine Bürger-

initiative gegen Atomkraftwerke, eine Spielplatzinitiative?  
Oder bezeichnet der Ausdruck nur solche Gruppen, in denen Personen mit einer bestimmten Diagnose sich gegenseitig bei der Bewältigung ihrer Krankheit unterstützen?

(WINKELVOß, ITZWERTH & TROJAN 1981, 133)

Dies ist ein Kategorienproblem der Untersucher. Interessant wäre zusätzlich die Frage, welche Gruppen sich selbst als Selbsthilfegruppen auffassen.

Die Anzahl der Personen, die in Selbsthilfegruppen aktiv sind, läßt sich ebenfalls nur grob schätzen. Man geht davon aus, daß in jeder Gruppe ca. 10-15 Personen aktiv sind, wobei sehr unklar bleibt, was „aktiv sein“ beinhaltet und inwieweit einzelne Personen in mehreren Gruppen gleichzeitig Aktivitäten ausüben. Vorsichtig geschätzt, kann von einer Anzahl von ca. 500.000 Selbsthilfegruppenmitgliedern ausgegangen werden. In den Gesundheitsselbsthilfegruppen liegt die geschätzte Zahl zwischen mindestens 50.000 bis zu 150.000 Personen.

Eine andere interessante Frage untersucht die Größenordnung der volkswirtschaftlichen Leistung, die diese Gruppen erbringen. Dabei liegt die Überlegung zugrunde, daß Selbsthilfegruppen Dienstleistungen erzielen, die nicht mit Geldwerten vergolten werden. Offizielle Statistiken erfassen diese Werte nicht und ignorieren sie im Sozialprodukt. Auch diese Daten beruhen nur auf Schätzungen, da die gegenseitigen Hilfen in den Gruppen schwer mit therapeutischen Leistungen zu vergleichen sind, für die es u.a. Regelsätze gibt. VILMAR & RUNGE (1986, 32) gehen von der Summe von 6,7 Milliarden DM aus. Die Zahl von KARDORFF & OPPL (1989, 9) geht mit geschätzten 6-7 Milliarden DM in die gleiche Richtung. Grundlage der Berechnung bilden - so ist zu vermuten - Daten der großen Wohlfahrtsverbände, deren Leistung im Jahr 1972 ca. vier Milliarden DM betrug (diese schon Anfang der achtziger Jahre veraltete Zahl taucht auch heute noch in verschiedenen Quellen auf). Der Berechnungsmodus beider Quellen verbleibt teilweise im Unklaren.

Meiner Meinung nach handelt es sich hier um eine Summe, die wie-

derum auf kolportierten Informationen beruht, da die seriöse Berechnung nicht nachvollziehbar auftritt. Zusätzlich scheint mir eine exakte Kostenaufstellung kaum möglich, da eine wenig überschaubare Anzahl von Parametern miteinander verrechnet werden müßten, die zudem nur auf groben Schätzungen beruhen.

Diese Vermutung deckt sich mit Ergebnissen von BADEL (1980). Gegenstand seiner Untersuchung ist die sozioökonomische Bedeutung der Selbstorganisationen. Zur Bestimmung der groben Größenordnung verläßt er den im Dunkeln liegenden Sektor der Selbsthilfegruppen und wählt einen globaleren Zugang. Er versucht, die Bedeutung des sogenannten „Dritten Sektors“ herauszuarbeiten, „(...) der sich als Sammelbegriff für alle 'Produzenten' einzubürgern beginnt, die weder dem öffentlichen noch dem privaten gewinnorientierten Sektor einer Wirtschaft zuzurechnen sind“ (ebd., 4).

Er stellt auch hier erhebliche Schwierigkeiten bei der Berechnung fest.

Abgesehen davon, daß eine strikte Zuordnung zwischen Produktionswert und gesellschaftlicher Wichtigkeit keineswegs zwangsläufig ist, läßt sich die Frage nach dem quantitativen Stellenwert der Selbstorganisation gar nicht einfach beantworten. Weder ist ihre wirtschaftliche Erfassung gelöst, noch gibt es verlässliche oder konsistente Daten.

(Ebd., 225)

So versucht BADEL anhand verschiedener Indikatoren eine Bestimmung der Größenordnung (Ebd., 225 ff.). Nach der Darstellung von Ergebnissen aus den USA und britischen Daten hält er zum Informationsstand in der BRD und in Österreich fest:

Waren schon die Daten für die angelsächsischen Länder mit großen Lücken und Problemen behaftet, so müssen die in der BRD und in Österreich existierenden Grundlagen für die Ermittlung einer quantitativen Größenordnung des „Dritten Sektors“ als sehr schlecht bezeichnet werden.

(Ebd., 250)

Dies sind wie erwähnt die Summen, die im gesamten „Dritten Sektor“

erwirtschaftet werden, also auch die produktiven Werte, die den etablierten Wohlfahrtsverbänden zugerechnet werden können. Auch ein Jahr später muß BADEL (1981) bedauern: „Schätzungen der in Selbsthilfegruppen erzeugten produktiven Werte gibt es jedoch auf gesamtwirtschaftlicher Basis nicht“ (ebd. 236).

Weitere Forschungen beschäftigen sich mit der Struktur der Selbsthilfegruppen, die häufig als mittelschichtsbetont angenommen wird. Solches wird zunächst auch von der diesbezüglich lange Zeit primär zitierten Studie gestützt (DENEKE, KEGLER & SLOTTY 1981). Dort heißt es bei der Charakterisierung der Berufsverteilung in den Gruppen:

Geht man von den Berufsangaben der Kontaktpersonen aus, so sind etwa die Hälfte Angestellte oder Beamte ohne akademischen Abschluß, ca. 20 % Akademiker, die anderen Hausfrauen, Rentner oder Studenten; es gab fast keine Arbeiter.

(Ebd. 142)

Eine derartig pauschale Antwort angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Selbsthilfegruppen sollte erstaunen. TROJAN et al. (1986, 35 ff.) stellen diesen Zusammenhang etwas differenzierter dar. In ihrer Studie können sie demonstrieren, daß der Anteil von Mittelschichtsangehörigen in den verschiedenen Selbsthilfegruppen durchaus schwankt (siehe Tabelle 4). Wenngleich tatsächlich wenige Arbeiter in den Selbsthilfegruppen aktiv sind, so TROJAN et al. (ebd., 36), kann trotzdem nicht davon ausgegangen werden, daß sie reine „Mittelschichtsvereine“ verkörpern.

A	B	C	D	E
Angehörige von Kranken	Körperlich Kranke	Psychisch Beeinträchtigte	Behinderte	Angehörige von Behinderten
Hoher Mittelschichtsanteil / geringe Verbreitung			Geringer Mittelschichtsanteil / stärkere Verbreitung	

**Tabelle 4:** Schichtzugehörigkeit in verschiedenen Typen von Selbsthilfegruppen.  
(Aus: TROJAN et al. 1986, 36)

Die angenommene Überrepräsentation resultiert daraus, daß Gruppen mit signifikantem Anteil von Mittelschichtsangehörigen häufiger beforscht werden. Zusätzlich erstaunt, daß häufiger beforschte Gruppen, geringer verbreitet sind. Wohingegen die Gruppen mit größerer quantitativer Verbreitung weniger als Untersuchungsobjekt dienen. Fazit: Nicht die Selbsthilfegruppen erweisen sich als mittelschichtsorientiert, sondern die Selbsthilfeforschung!

Die Untersuchung über die Zusammensetzung der Selbsthilfegruppen ergab widersprüchlich erscheinende Ergebnisse. TROJAN et al. (ebd.) kommen zu folgender Schlußfolgerung:

- Selbsthilfegruppenmitglieder gehören zu den Benachteiligten der Gesellschaft und
- Selbsthilfegruppenmitglieder stellen eine Elite dar.

(Ebd., 37)

Die Auflösung dieses Widerspruches wird durch einen Wechsel des jeweiligen Bezugsmaßstabes möglich. Zwar sind Selbsthilfegruppenmitglieder aufgrund irgendeines Kriteriums (Krankheit, Behinderung, Arbeitslosigkeit usw.) gegenüber der restlichen Gesellschaft benachteiligt. Treten die Betroffenen jedoch einer Selbsthilfegruppe bei, ergibt sich ein qualitativer Unterschied zu den Nichtorganisierten.

Andererseits sind die Selbsthilfegruppen-Mitglieder im Vergleich zu anderen, vom gleichen Problem betroffenen, relativ privilegiert, da sie besonders in einigen Bereichen (oben A, B, C [vgl. Tabelle 4, T.S.]) eher zu den sozial und besonders ausbildungsmäßig „Besser-Gestellten“ gehören, die in der Lage sind, sich einer Gruppe anzuschließen und ihre Teilhabechancen - sowohl an professioneller Versorgung wie an anderen gesellschaftlichen Gütern - zu verbessern.

(Ebd.)

Selbsthilfegruppen beschäftigen sich definitionsgemäß mit einem Problem, einer Benachteiligung, einer prekären Situation - wie immer man es nennen möchte. In der Literatur werden verschiedene Möglichkeiten

entworfen, die Gruppen aufgrund des Problemfeldes zu systematisieren (z.B. bei MOELLER 1978, 84 ff.; KICKBUSCH 1980, 387 ff.; VILMAR & RUNGE 1986, 22 ff.). Diese grobe Einordnung unter einer Problemüberschrift verschweigt die sehr unterschiedlichen Arbeitsweisen in den Gruppen. Aber auch eine reine Fokussierung auf die Arbeitsweisen (z.B. ISAB KÖLN-LEIPZIG 1993, 12 ff.) greift zu kurz, da der dynamische Charakter von Gruppen unberücksichtigt bleibt.

Während der Psychoanalytiker MOELLER (1978, 99) den individuellen therapeutischen Effekt im Gruppenprozeß stark betont, können auch andere Wirkungen in und durch Gruppen erreicht werden. TROJAN et al. (1987, 295 f.) untersuchten krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen und beobachteten 5 Handlungsfelder, die in verschieden starker Ausprägung und Umfang feststellbar sind. Diese Handlungsfelder (Selbsthilfe, Fremdhilfe, Interessenvertretung, Geselligkeit und Selbsterhaltung) erlangen im dynamischen Gruppenprozeß zu verschiedenen Zeitpunkten verschiedene Bedeutung. Die Bedeutung des Handlungsfeldes

macht es schwer, Selbsthilfegruppen bestimmten „Typen“ zuzuordnen. Je nach dem gerade dominierenden Handlungsfeld könnte man jedoch unterscheiden:

- a) Selbsthilfegruppen (im engeren Sinne gegenseitiger Hilfe);
  - b) Helfergruppen (meist Beratungsgruppen);
  - c) Bürgerinitiativen und
  - d) Freizeitgruppen.
- (Ebd., 296)

Zusätzlich konnten die Autoren nachweisen, daß die Unterscheidung von Selbsthilfegruppen nach Selbstveränderung vs. Sozialveränderung von geringer Bedeutung ist. Beide Arten von Zielen werden von den Gruppenmitgliedern verfolgt.

Auch die Wirkungen der Gruppenarbeit unterlag der Untersuchung. Hier zeigt sich sehr deutlich, daß auch in krankheitsbezogenen Gruppen soziale Wirkungen angestrebt und erreicht werden.

So gaben zwischen  $\frac{1}{3}$  und  $\frac{2}{3}$  als Erfolge im Sinne einer *allgemeinen sozialen Aktivierung an*:

- unternehmungslustiger geworden zu sein;
- kontaktfreudiger geworden zu sein;
- daß sich das Interesse, anderen helfen zu wollen, durch die Gruppenarbeit verstärkt hat;
- daß als neue Ziele der Gruppenarbeit entstanden waren, andere Mitglieder bei der Problembewältigung zu unterstützen und
- die Interessen aller Betroffenen nach außen vertreten zu wollen.

(Ebd., 298 f. Hervorhbg. i. Org. )

#### **9.2.2.2 Probleme der Selbsthilfegruppen**

Die Bedeutung der Selbsthilfe scheint von einigen Autoren maßlos überschätzt zu werden. Richtig ist, daß dem Laiensystem in der gesundheitlichen Versorgung zwar eine große Bedeutung zukommt; es ist jedoch kurzschlüssig, die Arbeit in Selbsthilfegruppen mit der alltäglichen (Gesundheits-)Selbsthilfe gleichzusetzen. Das „hidden care system“ (LEVIN & IDLER 1981) ist wesentlich weiter zu denken. Gesundheitliche Versorgung im Alltag findet in einem Netzwerk statt, in dem das professionelle Hilfesystem und die Selbsthilfegruppen nur einen vergleichsweise geringen Raum einnehmen. GRUNOW (1986) konnte in einer breitangelegten Studie nachweisen, daß die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe mit der sozialen Distanz von Hilfebedürftigen und Helfer variiert. Die angebotene Hilfe von Familienmitgliedern hat dabei den höchsten Stellenwert. Auch die Hilfe von Arbeitskollegen wird eher angenommen als die von Selbsthilfegruppen oder professionellen Helfern. Nur in 2 % der Akuterkrankungen und Befindlichkeitsstörungen werden professionelle Helfer konsultiert. Dabei handelt es sich nicht um triviale Erkrankungen, sondern mitunter um Gesundheitsbeeinträchtigungen, die den Alltag massiv stören. Nach dieser Erhebung haben lediglich 2-3 % der Befragten Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen. Selbsthilfegruppen weisen eine



geringere Distanz zu Menschen in prekären Situationen auf als Mediziner, Psychologen und Sozialarbeiter. Diese größerer Nähe scheint die Selbsthilfegruppen jedoch nicht zu einer echten Alternative zu machen.

Die Unbestimmtheit des Begriffs Selbsthilfe schafft zusätzlich einen Bruch zwischen utopischen Zuschreibungen und der sozialstaatlichen Wirklichkeit. Das Problem des Leerformelcharakters dieses Begriffes und der davon ausgehenden Faszination wird bereits früh erkannt (ASAM 1983) von den Protagonisten aber nicht zufriedenstellend gelöst.

Die Selbsthilfe gerät zu einem Mythos, der von den einzelnen Autoren je nach fachlicher Herkunft zu einer Utopie einer besseren Welt entworfen wird. MOELLER versucht dies aus psychotherapeutischer Sicht, KICKBUSCH mit einem feministischen Hintergrund und TROJAN mit der Perspektive der Bürgerbewegung. Die Gedanken gehen bis zum soziologischen Entwurf einer Selbsthilfegesellschaft, den VILMAR & RUNGE (1986) vorzeichnen.

Aber nicht nur die Selbsthilfetheoretiker haben unterschiedliche Ansichten, was Selbsthilfe sein kann oder sollte. Denn die Diskussion bietet auch politisches Potential.

Die CDU verbindet mit Selbsthilfe vor allem das Subsidiaritätsprinzip aus der katholischen Sozialethik und - ebenso wie die FDP - eine Wirtschaftsliberalität, die alle Staatstätigkeit so gering wie möglich halten will.

Die SPD verbindet mit Selbsthilfe ihre Ursprünge im 19. Jahrhundert in den Genossenschaften und anderen Erscheinungsformen der solidarischen Arbeiterselbsthilfe.

„Die Grünen“ verbinden mit „Selbsthilfe“ ihre Konzepte von Basisdemokratie und der Partei als „parlamentarischem Arm“ der Alternativ-Projekte und -bewegungen.

(TROJAN et al. 1986, 9)

Gleichzeitig werden die sozialpolitischen Weichen zu Beginn der achtziger Jahre von neokonservativen Interessenvertretern gestellt. Die Begriffe „Entstaatlichung“ und „Deregulierung“ gewinnen so zwei grund-

sätzlich unterschiedliche Bedeutungen.

Die eine erblickt in der Deregulierung ein Mittel aus dem „désordre établi“ des Wohlfahrtsstaates auszubrechen, welcher die einzelnen entmündigt und der selbst, als Verbändestaat, ein Beuteobjekt der etablierten Interessen ist.

Der andere sieht in der Deregulierung ein Programm, welches die Starken aus der Disziplin des Staates entläßt und die Schwachen der Willkür des Staates ausliefert.

(KIRSCH 1988, 38)

Die Selbsthilfediskussion wurde in ihrer politischen Konsequenz nicht zu einem vollständigen Abbau sozialer Leistungen mißbraucht. Vielmehr erscheint der Selbsthilfebegriff im Zuge der politischen Diskussion seiner kritischen Elemente beraubt. Selbsthilfegruppen haben heute - so hat es den Anschein - weniger gesellschaftsverändernde Ziele als dies Selbsthilfetheoretiker und -utopisten in der Anfangszeit für notwendig hielten. Dies kann mit der Durchsetzung bestimmter Ziele zusammenhängen (behindertenfreundliche Einrichtungen, größere Akzeptanz gegenüber Randgruppen usw.). Es kann jedoch auch durch die desillusionierende Funktionalisierung des Begriffs Selbsthilfe durch eine neokonservative Sozialpolitik gefördert worden sein.

### **9.2.3 Anschlußpunkte zum Konzept der Risikogesellschaft**

In diesem Abschnitt muß erneut geklärt werden, ob und welche Diskurselemente mit dem Konzept der Risikogesellschaft im Sinne von BECK (1986) in Verbindung stehen. Es geht dabei um die Frage, welche Argumentationsschritte und Problemdarstellungen ihre Entsprechung in der sozialpädagogischen Diskussion finden. Meiner Meinung nach sind dies im wesentlichen drei Punkte, die ich herausarbeiten möchte.

Es handelt sich dabei um:

- das Individualisierungstheorem;

- die Wissenschaftskritik und
- die Entgrenzung der Politik

Diese Ansatzpunkte sollen mit den zwei zentralen Annahmen der Selbsthilfe (Selbsthilfe ist eine Alternative zur Bürokratie und Experten-herrschaft; Selbsthilfe kann die wegbrechenden informellen Hilfesysteme ersetzen) verknüpft werden. Abschließend ist auf dieser Grundlage zu klären, warum gerade die Selbsthilfe für die sozialpädagogische Diskussion dermaßen attraktiv ist.

### 9.2.3.1 Individualisierung

BECK konkretisiert die Individualisierung durch eine analytische Unterscheidung, die sich dreifach begreifen läßt:

*Herauslösung* aus historisch vorgegebenen Sozialformen und -bindungen im Sinne traditionaler Herrschafts- und Versorgungszusammenhänge („Freisetzungsdimension“), *Verlust von traditionellen Sicherheiten* im Hinblick auf Handlungswissen, Glauben und leitenden Normen („Entzauberungsdimension“) und - womit die Bedeutung des Begriffs gleichsam in ihr Gegenteil verkehrt wird - eine *neue Art der sozialen Einbindung* („Kontroll- bzw. Reintegrationsdimension“).

(BECK 1986, 206. Hervorhbg. i. Org.)

Freisetzungs- und Entzauberungsdimension werden in das Blickfeld sozialpädagogischer Untersuchungen einbezogen. Als Freisetzung wird die zunehmende Auflösung familialer Versorgungsverbände und die Zerfaserung von traditionellen Netzwerken gesehen. Damit sind z.B. Nachbarschaftshilfen gemeint, die in anonymen Neubau- und Satellitenstädten kaum noch vorfindbar sind. Auch gewachsene Arbeitervereine, die schichtspezifisch organisiert waren, sind darin enthalten. Die zunehmende Anonymität des Individuums in Arbeits- und Freizeitwelt läßt den Aufbau und die Pflege informeller Netzwerke schwierig werden.

Selbsthilfegruppen übernehmen Aufgaben, die vormals durch andere Gruppen wahrgenommen wurden. Selbsthilfegruppen leisten somit Bekanntes unter neuem Namen! Sie sind so betrachtet etwas völlig Normales und eine Selbstverständlichkeit. Die Thematisierung dieses Phänomens läßt somit auf einen antizipierten gesellschaftlichen Wandel schließen.

Mit dem Verschwinden traditionaler Hilfesysteme verschwinden zugleich Handlungswissen und normative Gewißheit, womit die zweite analytische Dimension ihre Entsprechung in der Selbsthilfediskussion findet. Wie derartiges Handlungswissen aussehen könnte, bleibt dabei spekulativ. Im Falle einer Krankheit könnten dies alternative Heilmethoden jenseits der etablierten Schulmedizin sein.

Neben dem praktischen Handlungswissen geraten auch bisher bestehende Normen und Gewißheiten ins Wanken. Behinderung oder schwere Langzeiterkrankung wäre in diesem Sinne auch mit einer Rollenanpassung zu bewältigen. Rollenanpassung bedeutet hier die Annahme einer gesellschaftlichen Außenseiterposition, die die Bedürftigkeit und Abhängigkeit von Fremdhilfe akzeptiert und lebbar macht.

Hier ergibt sich ein Querverweis auf die Expertenkritik, die im Sinne von ILLICH (1977; 1978; 1979) und BASAGLIA et al. (1980) darauf beruht, daß die Expertenherrschaft vorhandene effektive Mittel zur Bewältigung prekärer Situationen unterdrückt. Zusätzlich werden Eigenantrieb und Selbstbestimmung blockiert und die Abhängigkeit von Experten verstärkt.

Die dritte analytische Dimension bleibt wie bei vielen Rezeptionen des Individualisierungstheorems unterbelichtet. Die neue Einbindung durch Rehabilitation und Selbsthilfe wird zwar gesehen, aber kaum problematisiert.

Die drei analytischen Dimensionen lassen sich exemplarisch am Beispiel des Peter H. (vgl. 9.2.1) verdeutlichen. Die sozialen Folgen des Arbeitsunfalls sind nicht durch traditionelle Verfahren zu beheben. Eine

mögliche andere Arbeit im gleichen Betrieb scheint nicht vorhanden. Soziale Unterstützung in traditionellen informellen Netzwerken ist unwirksam, was zu psychischen Problemen führt, die nicht nur Peter H. betreffen. Auch das familiäre Leben gestaltet sich zunehmend schwierig.

Wissenschaftliche und wohlfahrtsstaatliche Entscheidungen werden als inhumane Urteile erlebt und als solche kritisiert - wenngleich sie nicht zu revidieren sind. Die Expertenkritik greift voll und verweist so auf die Entzauberung der Wissenschaft. Damit beschäftigt sich der nächste Punkt.

Die neue Einbindung schließlich erfolgt aus dem (zweifelhaften) Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme. Der Rehabilitand Peter H. besitzt nun neue, aber eingeschränkte Optionen für seine Zukunft. Peter H. beschreitet fortan einen Weg, der nur noch aus seiner eigenen individuellen Geschichte erklärt werden kann.

### **9.2.3.2 Wissenschaftskritik**

Auch die Wissenschaftskritik der Selbsthilfebewegung findet ihre Entsprechung in der Risikogesellschaft. Dies scheint mir die wichtigste Parallele zwischen Selbsthilfediskurs und Risikogesellschaft zu sein.

Die Kritik der Wissenschaft steht im Zusammenhang mit dem Verlust der Fortschrittsgläubigkeit. Das Vertrauen in Wissenschaft und die damit zusammenhängende Gewißheit, Wissenschaft habe die notwendigen Lösungen parat, wird in der öffentlichen Wahrnehmung erschüttert. Die „Entzauberung der Wissenschaft“ (BONß 1986) gelangt innerhalb der scientific community zu großer Wichtigkeit.

Wissenschaft, so wird zunehmend gewiß, produziert nicht nur Lösungen, sondern fungiert auch als Produzent von Problemen. Diese Argumentation ist der Einstieg in die Überlegungen im Konzept der Risikogesellschaft. Zwar hat BECK bei seiner Argumentation primär die technisch-

naturwissenschaftliche Entwicklung im Auge, wie seine gewählten Beispiele zeigen; einige Grundüberlegungen lassen sich aber auch auf den hier interessierenden Problemrahmen übertragen.

Die Wissenschaftskritik wird dabei als ein vielschichtiges Problem analysiert. Grundgedanke ist der Übergang von einfacher zu reflexiver Verwissenschaftlichung, bei der elementare Regeln und Vorgehensweisen der Wissenschaft auf Wissenschaft selbst zur Anwendung kommen. Zweitens verliert so die Wissenschaft das Monopol auf Erkenntnis und Wahrheit. Drittens sorgen wissenschaftstheoretische und -praktische Tabus für eine kanalisierte Forschung.

Auf diese Weise wird ein Prozeß der *Demystifizierung* der Wissenschaften in Gang gesetzt, in dessen Verlauf das Gefüge von Wissenschaft, Praxis und Öffentlichkeit einem grundlegenden Wandel unterworfen wird.

(BECK 1986, 256. Hervorhbg. i. Org.)

#### **9.2.3.2.1 Einfache und reflexive Verwissenschaftlichung**

In der Phase der einfachen Verwissenschaftlichung ist Wissenschaft mit vorgegebenen Problemen aus der Natur beschäftigt, während in der Phase der reflexiven Verwissenschaftlichung - in der wir uns derzeit befinden - die Wissenschaft mit ihren eigenen Schöpfungen konfrontiert wird. Einfache Verwissenschaftlichung ist zudem gekennzeichnet durch eine Grenzziehung zwischen Tradition und Moderne, Laien und Experten. Etwaige Kritik an wissenschaftlichen Erkenntnissen kann abgewertet werden durch den Hinweis auf Unwissenheit der Kritiker oder das Versprechen auf zukünftige Verheißungen. Innerdisziplinäre Kritik bezüglich der Gültigkeit von Ergebnissen ist zwar möglich, z.T. auch vorgesehen, bleibt jedoch kanalisiert und äußert sich nur nach bestimmten Kriterien (in Kolloquien oder Symposien, die nur in der spezifischen Fachsprache verfolgt und verstanden werden können). Kritik in dieser Form bleibt eine weitere Möglichkeit zur Expansion, da mehr Wissen und Forschung

notwendig ist, um widersprechende Ergebnisse zu integrieren.

Dies bleibt solange erhalten, wie sich die Teilbereiche und Zuständigkeiten der wissenschaftlichen Disziplinen nicht überschneiden. Interdisziplinäre Kritik läßt das Modell der einfachen Verwissenschaftlichung in Bewegung geraten. Konkurrenz, Gegensätze und Schwierigkeiten einzelner Disziplinen werden nun virulent. Die zweite, reflexive Phase zeichnet sich damit von einer „Durchwissenschaftlichung“ aus, bei der Kritik *an* Wissenschaft *durch* Wissenschaft möglich ist und betrieben wird. Es entstehen mehr Quellen der Kritik, wodurch intern bekannte Probleme einer Wissenschaft an die Oberfläche sprudeln und öffentlich Beachtung findet.

Im Extremfall bleibt ein wissenschaftliches Problem auch nach der Demaskierung unsichtbar, da es nur mit wissenschaftlichen Methoden meßbar ist. Hier wird auf die Entsinnlichung der Risiken hingewiesen (BECK 1986, 35 ff). Der Reaktorunfall von Tschernobyl und die „unsichtbare „ Belastung von Lebensmitteln und Gefährdung von Erbgut wäre ein entsprechendes Beispiel.

Auch hier bieten sich Expansionschancen, die dem gleichen Muster in der Phase der einfachen Verwissenschaftlichung folgen: Mehr Forschung ist nötig. Dies wird allerdings nicht fachintern entschieden, sondern gemäß der öffentlich akzeptierten Problembeschreibung.

Die Kritik aus der Sozialpädagogik verläuft nach den hier analysierten Bestimmungstücken. Die Ursachen für gesundheitliche Risiken, Krankheiten, Behinderungen und Ausgrenzungen werden aus dem gesellschaftlichen und technischen Fortschritt abgeleitet. Dies ist keine genuin sozialpädagogische Leistung, da Erkrankungen erst nach medizinischen Diagnosen feststellbar sind. Die sozialpädagogische Form der Wissenschaftskritik beruht vielmehr auf der Kritik an sozialen „Errungenschaften“, die soziale und gesundheitliche Probleme verursachen.

Auch hier dient die Beschreibung des Schicksals von Peter H. als gu-

tes Beispiel. Die nach psychologischen und medizinischen Kriterien „richtige“ Entscheidung produziert Probleme: In diesem Fall eine Infantilisierung, die dem sozialpädagogisch definierten Ziel einer Selbstbestimmung zuwiderläuft. Richtig wäre aus dieser Sicht eine Stützung der Selbstbestimmungskräfte. Geeignete Maßnahme wäre die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe. Die „Richtigkeit“ einer wissenschaftlich fundierten Entscheidung wird somit diskutabel.

Die aus diesem Zusammenhang resultierenden Expansionschancen werden genutzt. Sozialpädagogik kann an anderen Disziplinen (Medizin, Psychologie und Sozialadministration) mit eigenen Begriffskategorien Kritik üben und gleichzeitig die Lösungsstrategie „Selbsthilfegruppe“ wissenschaftlich unterstützen und erforschen.

#### **9.2.3.2.2 Entmonopolisierung der Erkenntnis**

Während das dargestellte Phänomen der einfachen und reflexiven Verwissenschaftlichung als ein primär wissenschaftsinternes Problem zu begreifen ist, das im Innenraum wissenschaftlicher Verhältnisse verbleibt, sind auch Auswirkungen im Außenverhältnis feststellbar. Wissenschaft und Erkenntnis werden zur Durchsetzung von Interessen und zur verbindlichen Definition von Handlungsfeldern immer notwendiger, gleichzeitig aber auch immer weniger hinreichend.

Innerhalb der Wissenschaft setzt sich das Erkenntnisprinzip des Fallibilismus durch. Diese Anschauung der kritisch-rationalistischen Schule besagt, dass es keine unfehlbare Erkenntnisinstanz gibt. Hypothesen, die Zusammenhänge beschreiben, können lediglich widerlegt, jedoch nicht bestätigt werden. Immer mehr Erkenntnis sammelt sich an, die vermutet wie die Realität *nicht* ist; und auf dieser Grundlage fußen erneute Vermutungen. Die innerwissenschaftliche Durchsetzung des Fallibilismus schraubt den Erkenntnisanspruch stetig weiter zurück. Dies führt zu einer Fülle von Ergebnissen, die lediglich eine unüberschaubare Menge von



Detailwissen für sich in Anspruch nehmen. Bisherige Ersatzkriterien, die den Wahrheitsanspruch wissenschaftlicher Erkenntnis untermauerten (Reputation des Forschers, Ort der Veröffentlichung etc.) greifen zudem nicht mehr.

So wird den Adressaten eine beschränkte - aber historisch einmalige - Autonomie geboten, die es ihnen gestattet, Wahrheit und Erkenntnis im beschränkten Rahmen selbst zu definieren. Die oft bemängelte Praxis von Gutachten und Gegengutachten in Gerichtsverfahren, Umweltschutzfragen usw. sind hierfür gute Beispiele.

Wissenschaft wird so in gesellschaftliche Interessen und Konflikte hineingezogen, wodurch der bisher vernachlässigte Verwendungszusammenhang eine zentrale Bedeutung gewinnt. Aber nicht nur hier wird Wissenschaft vom steigenden Einfluß öffentlicher Problemdefinitionen überrollt. Auch die bisher in einigen Fällen chaotische Praxis der Hypothesenbildung erhält größere Relevanz. Bereits die Form, wie und wann eine Forschungsfrage auftritt, kann die Weichenstellung bezüglich gesellschafts- und gesundheitspolitischer sowie wirtschaftlicher Entscheidungen bestimmen.

In letzter Konsequenz bedeutet dies, daß nicht Wissenschaft definiert, was Wahrheit ist, sondern die gesellschaftliche Akzeptanz einer Problembeschreibung. Die Rahmenbedingungen sind somit gänzlich andere als in der Phase einfacher Verwissenschaftlichung. Die ehemals außen lokalisierten Probleme der Nebenfolgen werden zu einem Binnenproblem im Hinblick auf das Forschungsdesign.

Das Ergebnis einer solchen Entwicklung ist ambivalent. Einerseits kann sich gesellschaftliche Praxis von wissenschaftlicher Bevormundung emanzipieren. Andererseits droht die Gefahr der Immunisierung von Geltungsansprüchen, da Kritik von Wissenschaft durch Wissenschaft fundiert abgewehrt werden kann.

Die Entmonopolisierung der Erkenntnis findet auch im Rahmen der

Selbsthilfediskussion Eingang. Politische Entscheidungen, die mit wissenschaftlicher Erkenntnis untermauert auftreten, werden nicht mehr kritiklos integriert. Die zu Beginn der achtziger Jahre z.T. erheblichen Kontroversen über Kernenergie und atomare Bewaffnung spiegeln dies sehr deutlich wider. Der wissenschaftlichen Beweisführung über die Harmlosigkeit und Notwendigkeit wird mit gleicher wissenschaftlicher Kompetenz die Unnötigkeit immenser Gefährdungspotentiale entgegengehalten.

Auch im Gesundheitsbereich werden von Selbsthilfeprotagonisten wissenschaftliche Wahrheiten bezüglich Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen in Frage gestellt. „Alternative Wahrheiten“ werden entwickelt und finden Abnehmer. Die Kritik an der entmündigenden Praxis bisheriger wissenschaftsgestützter Gesundheitspolitik mündet in der Aussage, Betroffene seien die einzigen Experten in eigener Sache.

#### **9.2.3.2.3 Praktische und theoretische Tabus**

Die postulierte Freiheit der Wissenschaft wird ausgehöhlt und zu einer leeren Phrase. Denn je stärker Gefährdungslagen in das öffentliche Bewußtsein gelangen, desto schwerer lastet der politische und wirtschaftliche Druck auf Wissenschaft. Wertfreiheit der Wissenschaft kann nur dann verwirklicht werden, sofern wissenschaftliche Ergebnisse von politischen und wirtschaftlichen Machtzonen unberührt bleiben.

Die prinzipielle Veränderungsmöglichkeit gegebener Phänomene oder selbstgeschaffener Strukturen wird mit dem Hinweis auf „Sachzwänge“, „Eigendynamiken“ und „Systemzwänge“ verleugnet. Wissenschaft mutiert in dieser Hinsicht vom Tabubrecher zum Konstrukteur von denselben. Sie wird so zu einem Balanceakt, der einerseits die ausgebildeten Traditionen pflegen muß und auf der anderen Seite die möglichen Konsequenzen von Forschungsergebnissen in die Planung miteinzubeziehen hat. Wissenschaft kann in sensiblen Bereichen nur mit einer „Scheren im Kopf“, d.h.

mit vorauseilendem Gehorsam betrieben werden.

Erfolgt die Selbstbeschränkung aufgrund wissenschaftstheoretischer oder -praktischer Überlegungen, so lassen erstere Veränderungsmöglichkeiten undenkbar, die zweiten die Veränderungen unmachbar erscheinen.

Die Selbsthilfediskussion bietet ein Beispiel, wie ein Tabu gebrochen werden kann. Die Wiederherstellung von Gesundheit und Rehabilitation war bevor die Selbsthilfe zu einem Allheilmittel emporgehoben wurde, eine allgemein anerkannte Domäne der Medizin. Daß Gesundheit auch außerhalb des Gesundheitsbetriebes ohne Mediziner möglich ist, schien eine reine Außenseiterposition zu verkörpern. Genau in diese Richtung zielt die Kritik der Sozialpädagogik als Helfer der Selbsthilfe: Andere Wege außerhalb des Mainstreams treten im gängigen Gesundheitswesen verschleiert auf.

Die Effizienz anderer Wege - so zeigt auch hier das Rehabilitationsbeispiel - wird beinahe zufällig und außerhalb der offiziell verordneten Maßnahme entdeckt. Die Synergieeffekte (so würden wir dies heute nennen) entdeckt die Lerngruppe erst als die Experten fehlen. Diese Kräfte könnten Ziel einer Forschung sein, werden jedoch aus Gründen der Besitzstandswahrung des Medizinbetriebes unterdrückt. Eine alternative Form der Rehabilitation würde den gesamten Sektor ins Wanken bringen und gewachsene Strukturen gefährden. Erst die Selbsthilfe erkennt diese Möglichkeiten und artikuliert sie.

### **9.2.3.3 Entgrenzung von Politik und Nicht-Politik**

Drittens möchte ich auf einen Teilbereich der Risikogesellschaft einen Hinweis geben, der kaum oder nur implizit feststellbar in die sozialpädagogische Diskussion eindringt. Gleichwohl bin ich der Meinung, daß dies sehr fruchtbar für die Auseinandersetzung mit der Selbsthilfe wäre: Die Entgrenzung von Politik gerät in den Blick. Hier sollte zu klären sein,

welchen Anspruch die Selbsthilfe mit welcher Berechtigung an politische Instanzen stellt.

Das Phänomen Selbsthilfebewegung steht für einen Bürgerprotest, der die gesellschaftliche Entwicklung und die vorgefundene Lage hinterfragt bzw. Zweifel anmeldet. Selbsthilfe kritisiert die gegebenen Hilfestrukturen und setzt eigene konstruktive Lösungen dagegen. An dieser Stelle wird der Fortschrittskonsens technischer = sozialer Fortschritt partiell aufgekündigt.

Die Kritik am staatlichen Hilfesystem und an der Wissenschaft beinhaltet zudem eine Wahrnehmung von Bürgerrechten, die die politischen Entscheidungsträger vor Probleme stellt. (Gesundheits-)Politische Entscheidungen können nicht mehr auf ihre absolute Richtigkeit hinweisen und unkritisiert durchgesetzt werden. Die vielfältigen Forschungsergebnisse bei gleichzeitigem Anwachsen der öffentlichen Definitionsmacht bezüglich sozialer Probleme, sind Hinweis auf einen Bedeutungsverlust der Politik.

In der Konsequenz lassen sich politische Entscheidungsprozesse (...) nicht mehr begreifen als bloße Durch- und Umsetzung eines von irgendwelchen Führern oder Weisen im vorhinein festgelegten Modells, dessen Rationalität nicht zur Diskussion steht und das auch gegen den Willen und die „irrationalen Widerstände“ untergeordneter Instanzen, Interessen- und Bürgergruppen autoritär durchgesetzt werden kann und muß. Sowohl die Programmformulierung und Entscheidungsfindung als auch ihre Durchsetzung muß dann vielmehr als ein Prozeß „*kollektiven Handelns*“ (CROZIER & FRIEDBERG 1979) verstanden werden, und das heißt im besten Falle auch: kollektiven Lernens und kollektiver Schöpfung. (...) Das politisch-administrative System kann dann nicht länger einziger oder zentraler Ort des politischen Geschehens sein.

(BECK 1986, 312 f. Hervorhbg. i. Org.)

Gleichzeitig zeigt die Selbsthilfebewegung - faßt man sie als Protestpotential auf - einen Bruch mit der bisherigen Logik des Protestes. Es sind nicht mehr die Arbeiter, die gegen schlechte Arbeitsbedingungen und für höheren Lohn protestieren, sondern Bürger in Verbindung mit Wissen-

schaftlern. Ziel dieses Protestes ist nicht die Einforderung einer sozialen Teilhabe am technischen Fortschritt, sondern eine partielle Abkehr vom Fortschrittsmodell, das vorhandene soziale Netzwerke (und das darin vorhandene Wissen) ausdünn und zerstört.

Entscheidend ist hier der Gedanke des kollektiven Handelns, der in der Selbsthilfediskussion kaum in den Blick gerät. Möglicherweise liegt hier ein Schlüssel zur Erklärung des plötzlichen Endes der Selbsthilfeeuphorie. Daß Maximalforderungen der Selbsthilfe nicht eingelöst werden konnten, kann je nach Standpunkt als Niederlage oder als Erfolg im Rahmen des Machbaren interpretiert werden. Vom jetzigen Standpunkt sieht man, daß die Selbsthilfebewegung einiges erreicht hat, wenngleich nicht das, was erhofft wurde.

#### **9.2.4 Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft**

An diesem Punkt muß die augenfällige Frage gestellt werden, wie zu Beginn der achtziger Jahre ein Erklärungsansatz relevant sein konnte, der erst 1986 seine Formulierung fand. Anfangs wurde bereits erwähnt, daß ich die „Risikogesellschaft“ als ein Denkmuster betrachte, das auch losgelöst vom Autor BECK betrachtet werden kann (vgl. 3). Die vielfältigen Deutungen, Erklärungen und Problembeschreibungen existierten bereits, bevor sie im klugen Vorgehen von BECK zusammengefaßt und in eine Form gegossen wurden. Hier kann die „Risikogesellschaft“ als ein Denkmuster begriffen werden, dessen Nachweis auch vor 1986 gelingt. Die Wissenschaftskritik als ein Element der Selbsthilfediskussion und der Risikogesellschaft ist kein Phänomen, das BECK erfunden und patentiert hat. Sie ist bereits in der Selbsthilfediskussion virulent und äußerst lebendig.

Das Konzept Risikogesellschaft ist für die Analyse der Selbsthilfebewegung und ihrer zentralen Annahmen sehr bedeutsam. Sowohl die theoretischen Überlegungen zur Individualisierung als auch zur Ent-

grenzung von Politik und Nicht-Politik können in der Diskussion verfolgt werden. Trotzdem muß man bei diesen Punkten Einschränkungen akzeptieren, da eine paßgenaue Deckungsgleichheit nicht im Bereich des Möglichen liegt.

Die Individualisierungsdebatte wird bedauerlicherweise ohne das von BECK hervorgehobene Problem der neuen Einbindung in soziale Zusammenhänge betrachtet, was durchaus fruchtbringend gewesen wäre. Zusätzlich erstaunt, daß die von BECK geschilderte Problematik kaum ins Blickfeld kommt. Es sei die spekulative Behauptung erlaubt, daß die Thematisierung dieser neuen Einbindung des Individuums in neue Zusammenhänge die Sozialpädagogik mit den Folgen der eigenen Lösungsvorschläge konfrontiert hätte, die gerne vermieden werden sollten. Insgesamt entsteht generell der Eindruck, die Attraktivität der Selbsthilfe bestehe u.a. darin, daß so von internen Problemen abgelenkt werden kann. Zu nennen wäre die Diskussion um die Figur des Sozialtechnologen. Durch das Aufgreifen der Selbsthilfediskussion eröffnen sich der Sozialpädagogik neue Möglichkeitsräume: Eine Hinwendung zum Subjekt wird verstärkt betrieben, die sogenannte Alltagsorientierung erweist sich als richtungsweisend.

Die Entgrenzung von Politik und Nicht-Politik wird lediglich implizit betrachtet, die Chancen dabei übersehen. Politik, Gesundheitssystem und Gesellschaft allgemein kommen, so habe ich den Eindruck, vielmehr als Kontrahenten der Selbsthilfe ins Visier, die es zu überzeugen, ja niederzuringen gilt! Die hochgeschraubten Erwartungen und Forderungen müssen beinahe folgerichtig in Frustration umschlagen, wenn - gemessen an den Forderungen - relativ wenig umgesetzt und eingelöst werden kann. Eine Thematisierung des „Kollektiven Handelns“ wie BECK es ausführt - so läßt sich klug im Nachhinein spekulieren - hätte der Selbsthilfebewegung bei der Selbsteinschätzung gut getan.

Die verblüffendste Parallele zwischen dem Konzept Risikogesellschaft und Argumentationslinien der Selbsthilfebewegung besteht in der Wis-

senschaftskritik. Sie nimmt auch in der vorliegenden Beschreibung einen breiten Raum ein.

Es muß jedoch die Frage gestattet sein, welche Rolle die Wissenschaft Sozialpädagogik in der angenommenen Phase der reflexiven Verwissenschaftlichung spielt. Gegenstand der Sozialpädagogik sind genau die Phänomene, die als Auslöser der zweiten Phase der Verwissenschaftlichung fungieren: Soziale Probleme, die aus dem Prozeß der Modernisierung resultieren. Insofern hat die Sozialpädagogik ein erhebliches Begriffs- und Methodeninventar, das für die Wissenschaftskritik brauchbar erscheint. Hieraus läßt sich ein weiterer Punkt zur Klärung der Attraktivität der Selbsthilfebewegung mit ihrer inhärenten Wissenschaftskritik ableiten. Die Kritik an anderen Wissenschaften und der gesellschaftlichen Entwicklungen kann in wechselseitiger Verstärkung mit der Selbsthilfebewegung formuliert und bestätigt werden.

Dies bleibt jedoch nur kurze Zeit so. Zeitgleich mit dem Abklingen der Selbsthilfebewegung wird die innersozialpädagogische Kritik an der Disziplin lauter. Der Debatte über den „Abschied vom Experten“ (OLK 1986) geschieht ebenfalls mit dem Hinweis auf die Wissenschaftskritik.

### 9.3 Wandel des Klientenbildes

Eines der stetig vorhandenen Themen ist das Bild des Klienten. Das zumindest implizit vorhandene Klientenbild wird der Planung und Realisierung von Hilfe zugrundegelegt und wirkt somit handlungsleitend. Die Zuschreibungen und Erwartungen bezüglich der Klientenrolle bestimmen die Soziale Arbeit und ihre dahinterstehenden Konzepte maßgeblich und müssen somit stetig wiederkehrendes Element des Diskurses sein. Es handelt sich hier also nicht um ein zeitlich eingrenzbare Mode- oder Trendthema wie die bisher dargestellten Thematiken der Selbsthilfebewegung oder der Kontur- und Profilproblematik. Gleichwohl wird das Klientenbild auch in diesen Problemfeldern diskutiert. Die Analyse stellt insofern auch eine Klammer dar, die die bisher behandelten Themen zusammenhält. Folgerichtig handelt es sich um einen Diskurs der Kategorie KAT 7, d.h. er ist in allen Jahrgängen nachweisbar.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, daß die Überlegungen der Autoren zum Klientenbild den untersuchten Texten vorausgehen und Bestandteil einer impliziten Vorstellung seitens der Autoren sind. Diese Vorstellungen müßten prinzipiell in jedem Text nachweisbar sein.

Bei der Analyse der Texte habe ich mich jedoch nicht auf Spekulationen und Phantasien über das mögliche Klientenbild des jeweiligen Autors eingelassen. Vielmehr fanden nur diejenigen Textstellen mein Interesse, die explizit Aussagen zum Klienten enthalten.

Die inhaltlich-qualitative Analyse zeigte das erwartete Ergebnis eines instabilen Klientenbildes: Es ist im sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit einem Wandel unterlegen. Diese Tatsache wählten bereits mehrfach andere Autoren als Thema. Dabei wurde der Wandel u.a. an den unterschiedlichen Begriffen wie Gesundheitserziehung vs. Gesundheitsförderung oder old public health vs. new public health (FRANZKOWIAK & SABO 1993, 11 ff., 16) verdeutlicht. Die unterschiedlichen Begriffe sollen stellvertretend für einen Paradigmenwechsel oder eine „Wachablösung“



(ebd. 11) stehen.

Der Wandel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung umfaßt wesentlich einen Wandel im Menschenbild. Zur Verdeutlichung muß noch einmal auf das Klientenbild i.e.S. abgehoben werden, damit zentrale Annahmen und Forderungen der Gesundheitsförderung in den Blickwinkel geraten.

Gesundheitsförderung soll dabei als ein Begriff verstanden werden, der weit über die sozialpädagogische Diskussion hinausgeht. FRANZKOWIAK & WENZEL (1990) bezeichnen ihn als einen Trendbegriff, der in vielen Bereichen in die Diskussion eindringt. Die werbewirksame Umbenennung von „Krankenkasse“ in „Gesundheitskasse“ ist ein Beleg für die erhöhte Wertigkeit von Gesundheit in der öffentlichen Wahrnehmung. Zudem wird gefordert, daß verschiedene Berufsgruppen und wissenschaftliche Disziplinen in gemeinsamen Programmen kooperieren.

Der Gesundheitsbegriff hat sich jedoch nicht nur „quantitativ“ verändert, insofern er häufiger in verschiedenen Kontexten Verwendung findet. Auch die qualitative Veränderung des Gesundheitsbegriffes ist zu konstatieren. Die Definition von Gesundheit auf der Grundlage der WHO-Definition und der Ottawa-Charta weitet den Begriff ungemein aus (vgl. 4.2).

Die Entfaltung des Programms Gesundheitsförderung wurde bereits mehrfach aufgearbeitet und dokumentiert (FRANZKOWIAK & SABO 1993; vgl. 4.3). Obwohl eine reichhaltige Literatursammlung und eine Dokumentensammlung der Gesundheitsförderung zu diesem Thema existiert, möchte ich aus zweierlei Gründen diesen thematischen Abriß auch hier behandeln. Erstens wäre eine Arbeit mit dem Schwerpunkt „sozialpädagogischer Diskurs über Gesundheit“ ohne die Darstellung des Wandels im Klientenbild unvollständig. Zweitens mangelte dem Thema bisher eine empirische Analyse.

In diesem Abschnitt werde ich, das zugrundeliegende Menschenbild

des Konzeptes Risikogesellschaft herausarbeiten und dazu Parallelen und Unterschiede zum Klientenbild in der Sozialpädagogik konturieren.

### **9.3.1 Der Klient als Problemverursacher**

Der Klient kann als „Verursacher“ von Problemen und damit korrespondierend auch als Adressat von Lösungsversuchen angesehen werden. In Abschnitt 8.2.2.2 habe ich die Problemlösungsstrategie einer Umweltveränderung dargestellt. Im folgenden werde ich mich jedoch primär mit dem Klienten als Ziel von Veränderungen beschäftigen.

Den Klienten als Verursacher von Problemen zu identifizieren, erscheint zunächst unverständlich. Es geht in diesem Diskurs nicht um eine Entlarvung des Klientels als Hauptverursacher problematischer Prozesse. Vielmehr werden klientenspezifische Zusammenhänge beschrieben, die - wie auch immer verursachte - Problemlagen stabilisieren und Lösungen verhindern.

In diesem Teildiskurs sind zwei Unterdiskurse prägend. Ich möchte diese mit idealtypischen Begriffen bezeichnen: Vermutungen über ein neues Klientel und der „irrationale Klient“.

Zur Diskussion mag stehen, ob dies tatsächlich ein Klientenproblem sei. Fehlende Sachkenntnis kann auch als ein Problem der Sozialpädagogik beschrieben werden. Kennzeichnend beim vorliegenden Problem ist, daß Klienten nicht auf sich aufmerksam machen. Es fehlt ein erwarteter Protest gegenüber krankheitsfördernden Verhältnissen und/oder das Verlangen, gesundheitsfördernde Verhaltensstrategien zu erwerben.

Dieses Problem durchzieht den gesamten Untersuchungszeitraum. Es handelt sich also um einen Diskurs der Kategorie 7. Interessant ist, daß eine diskursive Nuance nur in den siebziger Jahren feststellbar ist: Lediglich in dieser Zeit finden sich eine Reihe von Aussagen mit der anklagenden Position, die von einem gesellschaftlich vergessenen Klientel spricht. Besonders bei schwerer körperlicher Krankheit und Langzeit-

kranken wird diese Position vertreten.

Langzeitkranke sind im Grunde vergessene Kranke. Ihre Bedürfnisse, soweit sie über rein Medizinisches hinausgehen, sind bisher weder gründlich untersucht worden noch Gegenstand spektakulärer Aktionen der Mitmenschlichkeit gewesen.

(BLUMHARDT & FRÖHLICH 1977, 89)

Der respektlose Begriff „irrationaler Klient“ bezieht sich auf das Phänomen, daß Klienten vorhandene Hilfsangebote nicht annehmen oder durch eigenes Fehlverhalten die individuelle Notlage verschulden oder stabilisieren. Hier handelt es sich um ein bekanntes Problem der Sozialpädagogik, das in der historischen Einführung dieser Arbeit mit dem Stichwort „verschämte Arme“ gekennzeichnet wurde. Das Ablehnen bestehender Hilfsangebote seitens des Klienten kann zwar a) durchaus bewußt geschehen, andererseits aber auch ein Phänomen spiegeln, das sich b) der abwägenden Rationalität entzieht.

In der bereits zitierten Untersuchung zur Wohnungsnot und den damit zusammenhängenden krankheitsfördernden Faktoren, kommt die Bewohnerin einer Barackensiedlung zu Wort:

- a) „Ich wohn hier ohne Licht und Wasser. Eine neue Wohnung habe ich bis heute nicht gefunden. Wie soll ich das machen, mit meinen 100 DM Rente? Und für Sozialhilfe bin ich zu stolz, ich hab mein ganzes Leben lang gearbeitet und möchte nicht auf Almosen angewiesen sein. Aber ich zahl ja auch wenig Wohngebühr.“

(ROTH 1981, 30)

Typisch für eine unbewußte Abwehr von (in diesem Fall: psychologischen) Hilfsangeboten ist folgende Äußerung:

- b) Der Widerstand gegenüber gefühlshaften Äußerungen und die Unfähigkeit, für sich selbst die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen, wird unter psychotherapeutisch tätigen Kollegen häufig als Grund genannt für die Schwierigkeit, mit Infarktpatienten psychologisch zu arbeiten: Der Infarktpatient erscheint so als der „antipsychologische“ Patient schlechthin, der alles Psychische negativ bewertet. In der Tat erfährt man auch bei einem Großteil der Klinikpatienten zu-

mindest eine starke Reserviertheit den psychologischen Beratungsangeboten gegenüber.

(ESSER 1991, 24)

Die Ratlosigkeit über die Ablehnung konzipierter Hilfsangebote und die Beibehaltung gesundheitsschädlichen Verhaltens ist kennzeichnend für den gesamten untersuchten Zeitraum. Die Begründung dieses Verhaltens wird in den siebziger Jahren keiner eindeutigen Klärung unterzogen. Ausgearbeitete Konzepte, die speziell dieses Phänomen betrachten, sind nicht vorfindbar. Es wird lediglich in Nebensätzen oder vereinzelt Absätzen über mögliche Gründe spekuliert.

Erst gegen Mitte bis Ende der achtziger Jahre widmet man der Funktionalität gesundheitsschädlichen Verhaltens im Rahmen des Modells der Lebensweisen stärkere Beachtung. Dabei fällt auf, daß die Verweigerungshaltung gegenüber sozialpädagogischer Hilfe unterer sozialer Schichten kaum noch thematisiert wird.

Die Betrachtung der Funktionalität riskanten Verhaltens eröffnet hingegen Erklärungsmöglichkeiten bezüglich des Scheiterns traditioneller Gesundheitserziehungskonzepte. Da vorwiegend Kinder und Jugendliche die Zielgruppen der Gesundheitserziehung darstellen, wird zunächst die Funktionalität des Risikoverhaltens dieser Altersgruppen analysiert.

Die im medizinischen Bezugsrahmen langfristig problematischen Folgen von Risikoverhalten stellen sich für Jugendliche im Durchgang der Adoleszenz ganz anders dar. Das potentielle Gesundheitsrisiko etwa im Genuß- und Rauschmittelkonsum wendet sich für sie zum attraktiven, kulturell legitimierten und wirkungsvollen „Mittel zum Zweck“.

(FRANZKOWIAK 1987, 211)

Risikoverhalten wird zu einem festen Bestandteil der Lebensgestaltung und wandelt sich so aus der individuellen Perspektive zu einem normalen Verhalten.

Risikoverhalten ist daher als konstitutiver Bestandteil alltäglicher Sinnsetzungen und Lebensentwürfe durch die Jugendlichen selbst anzusehen, dessen Einübung und Aus-

prägung in der jeweiligen Entwicklungsphase vorgegebenen kulturellen Mustern folgt.

(Ebd., 213)

In einer weiteren Quelle wird dies schärfer und pointierter dargestellt:

Risikoverhalten macht Sinn: es ist nützlich und erfüllt einen subjektiv guten Zweck. Das gilt für solches Risikoverhalten im engeren (medizinisch mitdefinierten) Verständnis, wie wir sie in den empirischen Streiflichtern versammelt haben - das gilt genauso für die mannigfaltigen riskanten Spiele, kleinen Fluchten und symbolischen Ausbruchsversuche, die in die Lebensverläufe heutiger Individuen eingewoben sind.

(...)

In einer Welt, in der die meisten darum betrogen werden, etwas eigenes leisten zu können, entdecken die Jugendlichen ihre Selbstverwirklichung am ehesten noch im riskanten Spiel mit den Grenzen von Körper, Ausdruckshandeln und Gefühlserleben. (...) Wer als junger Mensch heute den eigenen Leib als Bühne für Protest und Risiko wählt, sehnt sich zutiefst nach einem Leben, das dem dramatischen Film gleicht: die langweiligen Momente werden - mit den entsprechenden Hilfsmitteln - herausgeschnitten.

(FRANZKOWIAK & WENZEL 1983, 399)

Das Scheitern der traditionellen Ansätze zur Gesundheitserziehung ist gemäß diesem Denkansatz zwangsläufig.

Dieser latente, nur selten offen ausgetragene Normenkonflikt ist mitentscheidend für einen Großteil der präventiven Mißerfolge bei Jugendlichen. Im Bann des naturwissenschaftlichen Vorsorgebedarfs verstellt sich die klassische Gesundheitserziehung genau darauf den Blick, was am Risiko(-verhalten) für dessen jugendliche Benutzer so naheliegend und verheißungsvoll ist: seine weitreichenden Funktionen im persönlichen und kollektiven „Befindlichkeitsmanagement“.

(FRANZKOWIAK 1987, 214)

Der Autor formuliert hier grundlegende Erkenntnisse, die sich in heutigen Gesundheitsförderungsprogrammen wiederfinden. Ein bei vordergründiger Betrachtung gesundheitsschädliches Verhalten wird in aktuellen Programmen nicht als ein Verhalten betrachtet, das getilgt werden

muß. Vielmehr steht die Funktionalität dieses Verhaltens im Mittelpunkt konzeptioneller Überlegungen.

### **9.3.2      Änderung des Individuums als Lösung**

In den siebziger und noch zu Beginn der achtziger Jahre wird der Klient in seinem Verhalten als defizitär beschrieben. Eigene Sichtweisen des Klienten sind kaum Gegenstand vertiefter Diskussion. Es herrscht die Gewißheit vor, der Sozialpädagoge und/oder andere Gesundheitsexperten wüßten den erfolgversprechenden Weg zur Gesundheit. Häufig findet sich die Aussage, der Klient bedarf der Aufklärung über seine Probleme. In diesem Zusammenhang wird u.a. auch die Desinformation der Klienten durch Mediziner beklagt.

Ziel der Sozialpädagogik soll es nun sein, Verhalten und Wertorientierungen des Klienten - notfalls mit List - zu ändern, um „richtiges“, gesundheitsförderliches Verhalten zu erreichen. Beispielhaft tritt diese Überzeugung in einem Tagungsbericht über eine Fortbildungsveranstaltung von Leiterinnen und Leitern von Kinderkurheimen zutage:

Die Kur könne zu einer Art Erziehungskurs im Gesundheitsverhalten werden, von der nachgerade Kinder etwas haben, die in bestimmten Bereichen dieses Verhalten bisher zuwenig oder falsch gelernt haben.

(SAWITZKY 1977, 123)

Die Bestimmung dessen, was „zuwenig“ oder „falsch“ sei, bleibt dem Erzieher bzw. der Institution überlassen. Ebenso die Bestimmung, welche Kinder in diesem Sinne defizitär seien. Die erwähnte Überlistungstaktik dieser Gesundheitserziehung kommt in den geplanten Aktivitäten zum Ausdruck.

Die gezielte Freizeitgestaltung in der Kur selbst mit ihren verschiedenen Aktivitäten (Bewegungsspiele, Gymnastik, Schwimmen, Wanderungen, Tanz, Theater, Musik) biete Gelegenheit, zu vielseitiger Bewegung zu kommen, ohne daß der Gehemmte dazu kommandiert werden muß.

(...)

Gesundheitserziehung bedeute bei all diesen Betätigungen, daß den Kindern bewußt werde, was körperliche Tüchtigkeit für sie persönlich bringt, was Fitsein bedeutet.

(Ebd.)

Individuen aktualisieren gesundes Verhalten jedoch selten aufgrund einer Verordnung. Gesundheitsförderliches Verhalten soll sozusagen über einen Umweg vermittelt werden: Das Bewußtsein, sich gesund zu verhalten und Gesundheit als einen Wert zu begreifen entsteht, nachdem das Verhalten Gegenstand umfangreicher Übungen war. Unverrückbar steht aber im Raum, daß der Erzieher weiß, was gesund und nützlich ist und was nicht. Warum „der Gehemmte“ anderes im Kopf hat und sich entsprechend verhält, bleibt unhinterfragt.

Ganz anders sieht eine Konzeption von Gesundheitserziehung im Kinderheim von 1993 aus.

Die inhaltliche Gestaltung des Themenkomplexes orientierte sich an vorhandenen gesundheitsbezogenen Kenntnissen der Jugendlichen, aufgrund derer eine Sensibilisierung für gesundheitsfördernde sportliche Aktivitäten stattfinden sollte. Die Intention dieses sportpsychologischen Modellversuchs lag in der Ausprägung einer Differenzierungsfähigkeit der Jugendlichen, eigenes gesundheitliches Fehlverhalten festzustellen und individuelle Handlungsalternativen ergreifen zu können.

(SCHORNECK et al. 1993, 346)

Zwar besteht auch hier ein Wissensvorsprung der Experten, dieser beruht jedoch auf einer anderen Grundlage. Zusätzlich, und dies ist ganz entscheidend, wird die Verantwortung für eigenes (Fehl-)Verhalten dem Klienten überlassen! Ihm wird die Entscheidung bewußt gemacht und ein auf dieser Basis beruhendes riskantes Verhalten respektiert.

Sehr ähnlich vollzieht sich ein solcher Wechsel in der Lösungsperspektive bei der Arbeit mit Langzeitkranken. Noch 1977 ist der Ansatz von gutgemeinter Bevormundung geprägt.

Schon im Krankenhaus soll neben der ärztlichen und medi-

kamentösen Behandlung auch unter Berücksichtigung mehr oder weniger ausgedehnter Defektzustände bereits darauf hingewirkt werden, daß die dem Einzelfall angepaßte Teil- oder Vollverselbständigung in lebenspraktischen Verrichtungen angestrebt wird (Selbständigkeitstraining).

(KALMBACH 1977, 76)

Zwar spricht man hier von einer individuellen Anpassung eines Programms; die Notwendigkeit der Durchführung dieses Programms steht jedoch nicht zur Diskussion. Die Bedürfnisse des Patienten bleiben auf die rein physischen Erfordernisse reduziert. Das Individuum wird dabei wesentlich als Körper betrachtet, was die Nähe des medizinischen Menschenbildes anzeigt, von dem sich die Sozialpädagogik noch nicht lösen konnte. Individualität erscheint dadurch in einen Randbereich gedrängt.

Auch in einem anderen Bericht zur Arbeit mit Krebskranken steht das Programm und die Zielrichtung außer Frage. Nachdem einzelne Expertengruppen zusammen beraten haben, soll der Versuch erfolgen, dem Patienten seine Probleme zu verdeutlichen: „Ziel sollte es sein, neue Rollen und Rollenveränderungen zu erkennen, zu akzeptieren und einzuüben“ (BIERNATH 1977, 92).

Schwere körperliche Erkrankungen, die u.U. zum Einsturz ganzer Lebensentwürfe führen, stellen ohne Zweifel hochgradige Umorientierungsleistungen an die Betroffenen. Zusätzlich belastet ist die Beziehung des Sozialarbeiters zum schwerkranken Patienten durch die häufig fehlende Kooperation mit den Medizinem. „Erschwerend für die Arbeit des Sozialarbeiters kommt hinzu, daß viele Patienten über das Ausmaß ihrer Krankheit unzureichend oder gar nicht informiert sind“ (ebd.).

Viele Klienten (und auch betreuende Sozialarbeiter) scheinen vielfach vom Ausmaß und Form einer Krankheit nicht ausreichend unterrichtet. Dies bestätigt auch eine Umfrage unter Multiple-Sklerose-Kranken. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß „viele Ärzte (..) die Kranken über ihre Krankheit gar nicht oder nicht richtig aufzuklären [scheinen]“ (KRONER & WILLER 1977, 83).



Die Identitätskrisen, die diese Fülle von Problemen in sich bergen, werden zwar in den Lösungsansätzen gesehen, die Schlußfolgerungen sind jedoch in den verschiedenen Untersuchungsabschnitten unterschiedlich. Bei dem hier vorliegenden Ansatz sind eigene Interpretationen und Bewältigungsversuche des Patienten nicht vorgesehen: Er muß das akzeptieren und einüben, was die Experten für ihn „maßschneidern“. Unterschwellig keimt der Verdacht, daß etwaige eigene Versuche des Patienten als Blockade- oder Abwehrverhalten gelten, das es zu brechen gilt. Dies geschieht nicht in böser Absicht, vielmehr sind die Akteure von der Richtigkeit ihres Vorgehens überzeugt. Nach dem Motto: Der Klient muß zu seinem Glück gezwungen werden!

Wenn auch überspitzt formuliert, trifft aber derartiges meiner Meinung nach den Kern der Überlegungen. Gleichzeitig sind in diesen Texten auch die Wurzeln späterer Konzeptionen angelegt, die nicht zum Mainstream der damaligen Diskussion gehören.

Ziel des Sozialarbeiters ist aber, nicht neue Abhängigkeiten für seinen Schützling zu schaffen, sondern gleichsam Hilfe zur Selbsthilfe zu lehren. R.F. [Sozialarbeiterin, die mit Krebskranken arbeitet. T.S.] ist der Ansicht, daß die Sozialarbeit vor allem im Gesundheitsbereich bisher für den Patienten eher zu viel getan, über und für ihn entschieden hat als notwendig wäre. (...) Sie vermeidet daher, ihre Sicht der wirklichen Situation einem Klienten aufzudrängen, der imstande war, sich die Realität so umzuinterpretieren, daß sie für ihn lebbar geworden ist. Der Kranke soll eigene Entscheidungen treffen können, und hier sollte der Sozialarbeiter nur korrigierend eingreifen, wenn es zu Reibungen zwischen Betroffenen, Angehörigen oder anderen Gruppen kommt.

(BIERNATH 1977, 93)

Trotz einer offensichtlichen gedanklichen Umorientierung bleibt der Klient ein „Schützling“, der vor eigenen Fehlern geschützt werden muß. Die Sicht auf die Wirklichkeit ist auch in dieser Perspektive der Klient-Sozialarbeiter-Beziehung nur dem Sozialpädagogen möglich; der Klient interpretiert die „Realität“ lediglich um. Der Erfolg, daß die belastende

Situation lebbar geworden ist, wird toleriert, entspricht jedoch aus Sicht des Sozialarbeiters nicht der objektiv vorhandenen Wirklichkeit.

In neueren Überlegungen zur Arbeit mit Herzkranken, werden die eigenen Sichtweisen der Herzpatienten stärker akzentuiert und zum Gegenstand der Reflexion. In der Literatur wird auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit hingewiesen, „... über sich selbst, seine Begrenzung und auch über den Tod nachzudenken“ (ESSER 1991, 25). Damit entwickelt sich eine neue Qualität der Beziehung von Sozialarbeiter und Klient, in der der Klient nicht mehr mit den Begriffen „Schützling“ oder „Zögling“ belegt werden kann.

Während bei den frühen Konzepten der Weg und das Ziel eindeutig definiert waren und die Lösung mehr oder weniger feststand, ändert sich die Akzentuierung neuerer Ansätze. Hier avanciert nun der Weg zum Ziel, wobei der Lösungsweg unter Mithilfe des Sozialarbeiters gefunden werden soll. Der Klient bleibt sich jedoch nicht völlig selbst überlassen.

Viele der therapeutischen, psychologischen Einzel- oder Gruppensituationen beinhalten eine Respektierung und Befriedigung der Versorgungswünsche von Herzpatienten durch ein sorgendes, akzeptierendes und teilnehmendes Therapeutenverhalten, das aber auch aktive und strukturierende Elemente enthalten kann.

(ESSER 1991, 25)

Dementsprechend ist auch ein Wandel in der Bestimmung der Aufgabe des Sozialarbeiters erkennbar. Besonders Empowerment-Texte weisen auf die Vertretungsfunktion hin. Die Inhaltsanalyse ergab, daß deutliche Präferenzen für die Vertretungsfunktion (des Sozialarbeiters für den Klienten) und einer Aufklärungsfunktion feststellbar sind. Die Vertretungsfunktion wird überdeutlich in den achtziger und neunziger Jahren betont, während die Aufklärungsfunktion fast ausschließlich nur in den siebziger und beginnenden achtziger Jahren in den Blick kommt.

Zusammengefaßt ist ein Wandel von defizitorientierten zu ressourcenorientierten Ansätzen sichtbar. Die Lösung besteht folglich weniger in

einem Training vermeintlich erfolgversprechender Verhaltenseinheiten; die Klienten sollen vielmehr befähigt werden, sich selbst als Akteure innerhalb ihrer Umwelt zu erfahren. Es zeichnet sich ab, daß die Trennung von Verhalten und Verhältnissen immer unschärfer gerät.

### **9.3.3 Hintergrund des Klientendiskurses**

Die Literaturlage zur Beziehung von Sozialarbeiter und Klient im Gesundheitsbereich ist in den siebziger Jahren ausgesprochen dünn. Daher habe ich auf Literatur zurückgegriffen, die vom Problembereich Gesundheit abhebt und sich auf die allgemeine sozialpädagogische Diskussion bezieht. In den siebziger Jahren läßt sich eine sehr lebhaft Diskussions zu diesem Thema verzeichnen.

Später - im Zuge der Umorientierung von der Gesundheitserziehung zur -förderung - gewinnt die Literaturauswahl an Umfang. Die Beziehung von Sozialarbeiter und Klient sowie das Menschenbild zeichnen als zentrale Themen.

Der dahinterstehende Diskurs umreißt einen gleichartigen Wandel, wie er im Untersuchungscorpus analysiert werden konnte. Während in den siebziger Jahren verstärkt über die Problematik von Hilfe und Kontrolle diskutiert wurde, zeigt sich gegen Mitte der achtziger Jahre eine deutliche Umorientierung. Jetzt wird vermehrt eine partnerschaftliche Beziehung von Sozialarbeiter und Klient angestrebt.

Ich möchte zudem von den im Untersuchungscorpus vorgefundenen Aussagen abheben und eine Metaperspektive wählen. Damit soll keine reine Beschreibung der vorhandenen Aussagen geleistet werden, sondern eine Einordnung in einen Diskurszusammenhang, der ohne Heranziehung weiterer Hintergrundliteratur unsichtbar bliebe.

Der Diskurs der siebziger und beginnenden achtziger Jahre ist dabei gekennzeichnet von einer deskriptiven Sichtweise der Sozialarbeiter-

Klient-Beziehung. Hier wird die Grundlage des Verhältnisses und das Defizit bezüglich sozialpädagogischer Ideale in der Sozialarbeitspraxis kritisch beleuchtet; vornehmlich vor dem Hintergrund der Professionalisierungsfrage und der Funktion der Sozialpädagogik für die bestehende Herrschaftsstruktur.

Der Gesundheitsdiskurs seit den achtziger Jahren, ist geprägt von einer starken normativen und appellierenden Orientierung. So wird z.B. der Begriff des Empowerments von HERRIGER (1991, 221 f.) explizit als normativ betrachtet. Für STARK (1996, 159) spiegelt das Empowerment weniger eine Methode als eine Haltung der Akteure.

Das Ideal einer gleichberechtigten Beziehung zwischen Klient und Sozialarbeiter wird bei diesen konzeptionellen Überlegungen zugrundegelegt und für die Praxis gefordert. Der kritisch mahnende Blick auf die Praxis mit ähnlich skandalisierend-demaskierenden Aussagen unterbleibt.

Dieser Unterschied ist auch in den Formen der untersuchten Texte nachweisbar. In den siebziger und zu Beginn der achtziger Jahre sind mehr Praxisberichte zum Thema erschienen; gegen Mitte der achtziger Jahre bis heute dagegen mehr programmatisch ausgerichtete, deren konzeptionelle Umsetzung noch aussteht.

Auffällig ist zudem eine stärkere Akzentuierung und Erörterung von Prävention in der Gesundheitsförderung. Zurückgegangen sind hingegen Berichte zum Krankenhaussozialdienst, zur Arbeit in Krankenhäusern allgemein und Berichte über die Arbeit mit Schwer- und Langzeitkranken.

#### **9.3.3.1 Klient und Sozialpädagoge in einer „Herrschaftsbeziehung“**

Den Hintergrund der Sozialarbeiter-Klient-Interaktion bildet nach Ansicht kritischer Autoren in den siebziger Jahren eine Herrschaftsbeziehung. Tatsächlich existieren in den analysierten Texten Aussagen, die auf

eine derartig gelagerte Interaktionsstruktur hinweisen.

Diese Darstellung der Problematik argumentiert weitgehend mit Hinweis auf marxistische Ansätze, wonach die Sozialpädagogik eine Funktion in der spätkapitalistischen Gesellschaft erfüllt. So werden mit dem sozialpädagogischen Anspruch, Gesellschaft ändern zu wollen, die tatsächlich bestehenden Strukturen stabilisiert. In der praktischen Sozialarbeit herrsche deshalb ein bestimmtes Menschenbild vom Klienten vor, das es aufzudecken gilt. Denn gemäß marxistischer Sozialpsychologie enthalten „Menschenbilder .. als Selbstverständlichkeit die Funktion, den Status Quo der Gesellschaft zu erhalten“ (HIEBSCH & VORWERG 1971, 44). Sozialpädagogik ändert somit programmgemäß nichts an den gesellschaftlich bedingten Ursachen individuell prekärer Situationen. Vielmehr ist sie darauf angelegt, eine veränderte Einstellung des Klienten bezüglich seiner prekären Situation zu erreichen, damit die Probleme ertragbar werden.

Im Mittelpunkt steht daher die Vermittlerposition des Sozialarbeiters, der keineswegs Partner der Klienten sein kann. Vielmehr fungiert der Sozialarbeiter als Agent der herrschenden Gesellschaftsstruktur.

In der Kritik steht die scheinbare Freiheit und Autonomie des Klienten, die durch die „Agententätigkeit“ des Sozialarbeiters subtil in Bedrängnis gerät.

Überspitzt formuliert: der Klient ist zwar grundsätzlich berechtigt, selbstbestimmend Entscheidungen zu treffen, da er hierzu einerseits nicht fähig, andererseits die Aufgaben der sozialen Dienststelle dies auch gar nicht zulassen, werden die sozialen Dienststellen für ihn Entscheidungen treffen müssen.

(MEINHOLD 1973, 119)

Der Sozialarbeiter kann keineswegs gleichberechtigter Partner in einer Beziehung sein, die von Asymmetrie geprägt ist. In diesem Zusammenhang wird oft auf eine Untersuchung von SKIBA (1969) hingewiesen. Er untersuchte bereits Anfang der sechziger Jahre das soziale Image des

Sozialarbeiters in der Gesellschaft. U.a. konnte er ermitteln, daß bei einem Hausbesuch des Sozialarbeiters das Gefühl der Kontrolle beim „Berufsobjekt“ vorherrscht (ebd. 113 ff.). MEINHOLD (1973, 120) betont daher, daß aus „... dieser Sicht des Klienten (...) für das Image des Sozialarbeiters weniger Berufe wie Lehrer, Arzt als vielmehr Begriffe wie Polizei, Behörde, Kontrolle, Strafe bestimmend sein“ dürften.

In diesem Kontext werden empirische Forschungsergebnisse präsentiert, in deren Zentrum die Frage stand, wer die Initiative zu einer sozialpädagogischen Intervention ergreift. HOLLSTEIN (1973, 193 f.) zitiert eine frühere Untersuchung über das Tätigwerden der öffentlichen Jugendhilfe:

Die Autoren fanden, daß beim untersuchten Material die Aktivität der Sozialarbeit in 57,9 Prozent der Fälle von der Polizei, in 9,2 Prozent von der Staatsanwaltschaft, in 8,6 Prozent von den Eltern, in 5,6 Prozent vom Amtsgericht, in 4,7 Prozent von anderen städtischen Behörden, in 3,2 Prozent von Nachbarn u.a. ausgelöst wurde.

(Ebd., 193)

Zentrale Gegenstände des Interesses empirischer Untersuchungen sind - wie in der zitierten Untersuchung - Fallakten, in denen die Mechanismen dieser Prozesse zutage treten. Gleichzeitig erhalten zu Beginn der siebziger Jahre Ansätze des Labeling-approaches erhöhte Aufmerksamkeit und bewirken eine lebhafte Forschungstätigkeit. Die Analyse von Fallakten stellt ein häufig angewandtes Forschungsunternehmen dar (BRUSTEN & MÜLLER 1972; MEINHOLD 1973, KNIESCHEWSKI 1978). Dabei steht die auch heute wieder aktuelle Frage im Vordergrund, wie Wirklichkeit in sozialen Prozessen konstruiert wird und Wirklichkeitsdefinitionen in Handlungskontexten von den Akteuren geteilt werden.

Dabei gerät ganz besonders der Machtaspekt in den Vordergrund. Machtvolle Instanzen können Wirklichkeitsdefinitionen durchsetzen und Stigmatisierungsprozesse initiieren, die kaum zu stoppen sind. Das Individuum ist in den z.T. drastischen Darstellungen Opfer dieser gesellschaftlichen Praxis und kann eigene Interpretationen kaum bis gar nicht

einbringen.

Diese Problematik wird auch in neueren konstruktivistischen und systemischen Ansätzen als Problem von Form und Medium (SIMON 1990, 48 ff.; SIMON 1995, 53 ff.) diskutiert. Während heute oft die unterschiedliche Mächtigkeit von Wirklichkeitsdefinitionen zwischen Individuen und überschaubaren Bezugssystemen wie Familien, Schulklassen, therapeutische Einrichtungen usw. untersucht wird, ist der Schwerpunkt der früheren Überlegungen anders gelagert. Hier geht es vielmehr um die Hilflosigkeit des Individuums gegenüber dem gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozess, an dem sich auch die Sozialpädagogik beteiligt. In der Konsequenz bedeutet solches, daß der Sozialarbeiter an der Erzeugung der Probleme beteiligt ist, die er eigentlich lösen soll.

Die Untersuchung von BRUSTEN & MÜLLER (1972) gilt dabei als eine der ersten und zugleich einflußreichsten Veröffentlichungen, die heute noch beeindruckt. Inwieweit die dargestellten Prozesse der Etikettierung und Kriminalisierung durch staatliche Instanzen wirksam sind, ist immer noch eine aktuelle Frage.

Eine weitere in diesem Zusammenhang interessante empirische Untersuchung wurde von KNIESCHEWSKI (1978) vorgelegt. Er untersuchte 118 Praxisberichte von Sozialarbeitern mittels Qualitativer Inhaltsanalyse, um das Klientenbild der Sozialarbeiter zu ermitteln. Dabei wurde eine explizit soziologische Perspektive gewählt, die Erkenntnisse für verschiedene Teilbereiche ergab.

Beim Klientenbild und der darauf basierenden Konzeption von Hilfe setzen Sozialarbeiter eine Komplementarität voraus: Dem Sozialarbeiter wird eine übergeordnete Position eingeräumt, während der Klient als unterwürfig erscheint. Dies wird erreicht durch eine Abwertung des Objektes der Hilfe als „beschädigte Identität“ (GOFFMAN 1967) bei gleichzeitiger Aufwertung der eigenen Tätigkeit. Damit einher geht die Gefahr einer Klientifizierung.

Die Annahme, der Hilfe-Begriff habe für die Praxis der So-

zialarbeit *Labeling-Funktionen*, hat sich hinsichtlich der hier untersuchten Praxis weitgehend bestätigt. Es konnte aufgezeigt werden, daß der individualisierende und idealisierende Fokus von Hilfeorientierung zur Klientifizierung der Adressaten von Sozialarbeit beiträgt, insofern dem Hilfeangebot die Zuschreibung von Eigenschaftskonzepten vorausgeht, die die „Hilfsbedürftigkeit“ des Klientels erst definieren und damit die *Notwendigkeit von Hilfe* begründen.

(KNIESCHEWSKI 1978, 217; Hervorhbg. i. Org.)

In dieser Untersuchung ist die damalige Aktualität und Attraktivität des Labeling-approach zur Erklärung von Devianz deutlich zu spüren. KNIESCHEWSKI kommt u.a. zu dem Ergebnis, daß ein personalisierendes Devianzverständnis in der durch das Material repräsentierten Sozialpädagogik bevorzugt wird. Das bedeutet, daß die entstehenden Probleme der beruflich bedingten Sozialarbeiter-Klient-Beziehung allein vom Klienten verursacht erscheinen (ebd. 147).

Zur Erklärung der Klientenprobleme zieht der Sozialarbeiter vornehmlich naive Individualtheorien heran (ebd. 220 ff.); bei gleichzeitiger Vernachlässigung struktur- und systembezogene Devianzkonzepte (ebd. 192).

### **9.3.3.2 Sozialpädagoge und Klient als „Partner“**

Den angesprochenen Wandel möchte ich zunächst an sog. „Wendesignale“ festmachen. Dies sind Diskurselemente, die häufig wiederkehren und substantiell für das Verständnis der Gesundheitsförderung sind. Anschließend werden Vorteile dieses neuen Verständnisses in bezug auf den Klienten verdeutlicht. Daß diese neue Sichtweise nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile bringt, ist Gegenstand der abschließenden Darstellung.

Der Wandel zeigt sich in einer angenommenen Symmetrie der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung, die den Klienten als gleichberechtigten Partner



begreift. Dabei sollte nicht davon ausgegangen werden, daß diese veränderte Wahrnehmung nur in der Innenwelt der Sozialarbeitspraxis stattgefunden hat. Auch jenseits des Problemfeldes Gesundheit ist ein Wandel der Wahrnehmung des Klienten als Bürger mit Rechten nachweisbar. Die Konzeption und die explizite Darstellung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) von 1990 als Leistungsgesetz gegenüber dem bisher gültigen Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) ist als ein deutliches Indiz dafür zu werten (vgl. 2.3.1.2). Die Sozialpädagogik erhält damit eine Dienstleistungsfunktion, die sich z.B. in der Diskussion um die Produkt- und Kundenorientierung (LEWKOWICZ 1991; NASCHOLD & PRÖHL 1994; MERCHEL 1995) der Sozialpädagogik zeigt. Es sollte nicht verschwiegen werden, daß auch ein verstärktes Eindringen marktwirtschaftlicher Überlegungen in die Soziale Arbeit diese Diskussion mitbestimmt.

Objekt der Veränderbarkeit ist nicht länger nur der Klient. Auch der Sozialarbeiter ist in den dynamischen Prozeß seiner Arbeit involviert und verändert sich. Dies führt auf der diskursiven Ebene zu einer stetig stärker werdenden Forderung von Supervision, die mittlerweile als Standard in sozialpädagogischen Einrichtungen gilt. Das prozeßhafte Geschehen zwischen Klient und Sozialarbeiter wird besonders in systemischen Ansätzen analysiert, die hierfür den Begriff „therapeutisches System“ verwenden (SIMON 1995, 90 ff.).

Die stärkere Beachtung des Klienten als Bürger oder Kunden ist sicher auch ein Verdienst der Selbsthilfebewegung. Programmatisch für den Bereich der Gesundheitsförderung bringen dies FRANZKOWIAK & WENZEL (1990) zum Ausdruck: „In praktischer Gesundheitsförderung soll die bisherige Hierarchie zwischen Experten und Laien idealiter aufgehoben sein und einer potentiellen Gleichheit der Parteien weichen“ (ebd. 37).

Der Hinweis auf bisherige Zustände und Denkweisen ist ein typisches Kennzeichen des entstehenden Gesundheitsförderungsdiskurses. Die deutliche Abgrenzung von bisherigen Programmen und die Darstellung ihres Versagens ist gleichfalls Merkmal des veränderten Verständnisses.

Häufig wird - wie auch in der vorliegenden Arbeit - eine vergleichende Gegenüberstellung relevanter Modelle zur Erklärung von Gesundheit-/Krankheit geleistet: Dies sind Risikofaktoren-, Salutogenese- und biomedizinisches Modell. Kennzeichnend ist besonders die Hinwendung zur Prävention mit dem Hinweis auf die Ineffektivität kurativer Maßnahmen.

Die Bedeutung der Prävention wird auch im Gesundheitsreform- bzw. -strukturgesetz (SGB V) verstärkt, was wiederum über den hier interessierenden Kontext i.e.S. hinausweist. § 20 sieht eine Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vor. Mittlerweile wurden die Möglichkeiten nach einer Neufassung des § 20 im Jahre 1997 eingeschränkt, da nach Ansicht des Gesetzgebers diese Möglichkeiten als Marketinginstrument der GKV mißbräuchliche Nutzung erfuhr. In der jetzigen Fassung sind lediglich Präventionsleistungen förderungswürdig, die sich an medizinischen Kriterien orientieren (zur Entwicklung des § 20 SGB V und zur Diskussion bezüglich der Neufassung vgl. ROBERTZ-GROSSMANN & PRÜMEL-PHILIPPSEN 1996).

Die Forderung und Entwicklung neuer Erklärungsmodelle findet dabei mit dem Hinweis auf die Ursachen der heutigen Morbiditäts- und Mortalitätserscheinungen ihre Begründung. Im Zentrum der Kritik steht das „medizinische Modell“. Die vorherrschenden Krankheitsbilder im chronisch-degenerativen Bereich sind mit herkömmlichen medizinischen Ansätzen nicht adäquat zu behandeln (vgl. 4.1.3). Somit wird ein psychosoziales Modell favorisiert, das auch die Funktionalität gesundheitlich riskanten Verhaltens beleuchtet.

Gesundheit kann daher nicht länger Aufgabe einer einzigen Disziplin - der Medizin - sein. Vielmehr müssen zahlreiche unterschiedliche Disziplinen und Berufsgruppen mit dem Ziel „Gesundheit“ kooperieren. Die Möglichkeiten einer Kooperation werden im Konzept der Gesundheitswissenschaften diskutiert (vgl. HURRELMANN & LAASER 1993). Neben diesem Konzept beginnt sich die Gesundheitswissenschaft zu etablieren (WALLER

1996). Diese Problematik wurde bereits im Abschnitt 4.4 erläutert.

### 9.3.4 Fazit

Grob vereinfacht lassen sich die folgenden Schwerpunkte in den analysierten Diskursen nachweisen:

Herrschaftsbeziehung	Partnerbeziehung
deskriptiv-skandalisierend Enger, medizinischer Gesundheitsbegriff Kuration Sozialpädagogik als Agenten- und Kontrollfunktion zur Normalisierung Verhinderung von Risikoverhalten durch Aufklärung	normativ-idealisiert weiter Gesundheitsbegriff (WHO-Definition und Ottawa-Charta) Prävention Sozialpädagogik als Dienstleistung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten Funktionalität von Risikoverhalten

**Tabelle 5:** Schwerpunkte des Klientendiskurses

Beide Diskurse, der Herrschafts-Diskurs und der Partner-Diskurs, weisen auf der Metabene eine Parallele auf, die ich als Hiatus zwischen Anspruch und Wirklichkeit bezeichnen möchte.

In der Herrschafts-Diskussion wird der Auftrag der Sozialarbeit, der sich mit subtilen Mitteln durchsetzen will, demaskiert und abgelehnt. Gleichzeitig verdeutlicht der Diskurs über Gesundheit das vorausgesetzte hierarchische Gefälle in der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung. Die bestehende mißbilligte Herrschaftsstruktur wird zwar auf der „Vorderbühne“ abgelehnt, in der praktischen Arbeit jedoch stabilisiert.

Ähnlich verhält es sich mit der programmatischen Orientierung in der Gesundheitsförderung. Der normative Anspruch von „Gesundheit für alle“ durch Empowerment oder Salutogenese findet seine Formulierung, eine

Umsetzung erscheint jedoch mühsam und fragwürdig. Denn es bleibt weitgehend im Dunkeln, wie lebensweltbezogene Prävention (STARK 1989) bzw. Empowerment (RAPPAPORT 1985) bei chronisch-degenerativen Krankheitsbildern wirksam werden soll, die häufig Ausgangspunkt der Überlegungen sind.

In beiden Diskursen wird die vorherrschend individualisierende Richtung der Problembeschreibung und Lösung kritisiert. Beide fordern eine verstärkte Ausrichtung auf die Umwelt des Klienten und auf die vorgefundene Sozial- oder Gesellschaftsstruktur. Dabei wird im Herrschaftsdiskurs ein Gegensatz zwischen Klienteninteresse und gegebener Herrschaftsstruktur festgestellt, den es abzubauen gilt. Der Sozialarbeiter fungiert hier als Agent des Herrschaftssystems. Diese antinomische Beziehung wird im Partner-Diskurs weniger thematisiert. Vielmehr wird eine Kooperation unterschiedlicher sozialer Schichten, Berufsgruppen und wissenschaftlichen Disziplinen als Lösung gesehen.

Daß hier unterschiedliche Disziplinen mit ihren je eigenen Sichtweisen von Gesundheit, eigener Disziplingeschichte, Menschenbild und Vorbehalten mit anderen Disziplinen kooperieren sollen, scheint ohnehin problematisch zu sein. Zusätzlich läßt der sehr breite Interpretationsspielraum der WHO-Definition den Gesundheitsbegriff ausufern.

Das Mittel - Veränderung der (gesellschaftlichen) Umwelt - ist in beiden Diskursen ähnlich; die Interpretation dieses Vorganges durchaus unterschiedlich. Das von STARK (1989, 31) dargestellte Beispiel einer gelungenen Kooperation von Landarbeiterfamilien mit einem großen landwirtschaftlichen Konzern wäre vermutlich im Herrschaftsdiskurs als positive Beschreibung unmöglich gewesen. Was hier „gezielte Veränderung subkultureller Rationalitäten durch partizipative Methoden und Netzwerkförderung“ (ebd.) genannt wird, wäre dort vermutlich als „Entfremdung und Ausbeutung des Arbeiters durch Mechanismen kapitalistischer Herrschaftsstrukturen“ bezeichnet worden.

Das neue Programm ist jedoch insofern erfolgreich, als es eine hohe

Akzeptanz genießt. Es wurde bereits mehrfach angedeutet, daß Gesundheit eine zunehmende Bedeutung in der öffentlichen Wahrnehmung verliehen wird.

In der Konsequenz bedeutet die neuere Entwicklung eine Hinwendung zu einem Klientel, daß zur unterstellten Symmetrie in der Beziehung von Sozialarbeiter und Klient fähig ist. Dies hat bedeutsame Implikationen. Die Entscheidungsfähigkeit und die kommunikative Kompetenz sind zentrale Aspekte dieser neuen Klienteldefinition. Damit verbunden ist eine Vernachlässigung von klassischen Randgruppen.

Die Entwicklung verläuft somit paradox. Während einerseits bestimmte Randgruppen aus dem Blick geraten, wird gleichzeitig durch die qualitative Ausweitung des Gesundheitsverständnisses eine quantitativ größere Klientel gewonnen. Überspitzt und pointiert formuliert: Waren bisher relativ wenige Menschen mit enormen sozialen Problemen Zielgruppe der Sozialpädagogik, wandelt sich nun das Bild. Inzwischen sind potentiell alle Menschen Klienten (oder Partner) der Sozialpädagogen, da praktisch jeder irgendwann in seinem Leben Beratung benötigt. Die Klienten werden als aktive Gestalter ihrer Umwelt begriffen.

Die Ablehnung traditioneller Modelle fordert ihren Preis. Während Risikofaktoren für breite gesellschaftliche Schichten zumindest theoretisch ermittelt werden können und so auch im Rahmen von Massenscreenings Randgruppen - die wenige oder kaum Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung ihrer Umwelt besitzen - in den Blick geraten, führt eine Abkehr davon tendenziell zu einem Elitekonzept, wenn Gesundheit - oder das Anheben der Lebensqualität und „high-level wellness,“ - mit der Fähigkeit verknüpft auftritt, die eigene Umwelt zu gestalten. Auch aus diesem Grund wird die radikale Abkehr vom biologistischen Modell heute zunehmend relativiert. Vielmehr wird eine Integration der verschiedenen Modelle gefordert (HÖRMANN 1997, 22 f.).

Der Paradigmenwechsel erscheint auch in einer weiteren Hinsicht paradox. Ausgangspunkt der neuen Präventionsüberlegungen ist die Ableh-

nung traditioneller Aufklärungsprogramme. Dabei mahnt der zentrale Hinweis, daß eine monokausale Ausrichtung auf das (Fehl-)Verhalten der Zielgruppe ineffektiv sei. Vielmehr müssen die Lebenswelt, Umwelt, subjektive Verarbeitungsmechanismen, soziostrukturelle Gegebenheiten usw. in die Untersuchung mit einbezogen und Bevormundungen abgebaut werden. Pointiert gesprochen: Die Verantwortung für Gesundheit sei von den Ärzten auf die Betroffenen zu übertragen.

Die Durchsetzung der Forderungen bei gleichzeitiger Ausweitung des Gesundheitsbegriffes leistet das Gegenteil. Erstens werden durch ausgearbeitete Empowermentstrategien und Programme der lebensweltbezogenen Prävention Möglichkeiten geschaffen, krankmachende Zusammenhänge abzuschaffen und gesundheitsförderliche Umwelten herzustellen. Diese müssen von handelnden Individuen umgesetzt werden. Dazu bedarf es aber (s.o.) entsprechender Motivation und Verhaltensdispositionen hinsichtlich des Klientels: Gesundheit ist machbar, wenn man sich entsprechend verhält. Diese neue Forderung unterscheidet sich von der alten.

Zweitens läßt der ausgeweitete Gesundheitsbegriff immer mehr Bereiche in den Blick geraten, die prinzipiell gesundheits- oder krankheitsfördernd sind. Flankiert wird diese Entwicklung von einer ständig wachsenden Bedeutung der Gesundheit in der Gesellschaft. Anders gewendet bedeutet dies, daß Krankheit vermeidbar ist. Die marktwirtschaftlichen Überlegungen, die im Gesundheits- und Sozialsystem ständig zwingender hervortreten, lassen gemäß dieser Logik Krankheit in die Nähe von Delinquenz rücken. Sonderabgaben für Risikogruppen wie Raucher, Übergewichtige usw. waren und sind deshalb in der Diskussion.

KÜHN (1993) hat diese Entwicklung für die USA rekonstruiert und den Begriff „Healthismus“ geprägt. Die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitssystems ist dort gegenüber den europäischen und speziell dem deutschen System stärker ausgeprägt. Gleichwohl läßt sich auch diese Tendenz in der deutschen Entwicklung beobachten.

Healthismus als „ständiges Besorgt- und Befäßtsein mit der persönlichen Gesundheit“, ist nicht in einem polemischen Sinn zu verstehen, es ergibt sich allein schon durch die Einhaltung aller Verhaltensvorschriften. Hinzu kommt ein Informationsbedarf, denn die Verfallszeit von Empfehlungen, besonders denen zur „gesunden Ernährung“, ist recht kurz. Healthismus sollte auch nicht als Irrationalität angesehen werden, sondern als eine tendenzielle subjektive Reaktionsweise auf die Gesundheitsprobleme, wie sie sich heute in der amerikanischen Gesellschaft stellen - vornehmlich aus der Perspektive der besserverdienenden Angestellten, Akademiker und Selbständigen -, die mit dem Anspruch auftritt, als allgemeingültige Norm zu gelten.

(Ebd. 69)

Die Normsetzung bezüglich des Umganges mit der Gesundheit erfolgt somit über den gesellschaftlichen Kontext, der weitgehend von Gruppen und Schichten bestimmt wird, die Zugang zu Medien der öffentlichen Meinungsbildung haben. Die strengen Verhaltensregeln in einer engen Gesundheitsdefinition waren in den siebziger Jahren präziser gefaßt und zielten auch auf Gruppen, die eine geringere oder gar keine gesellschaftliche Teilhabe besaßen. Damit sind Randgruppen gemeint, die zusehends aus dem Blick geraten und als klassisches Klientel bezeichnet werden. Beide Normsetzungen unterstellen, daß alle Individuen die Möglichkeit besitzen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.

Die Urheber der Normsetzungen sind im zweiten Fall Experten, im ersten Fall diejenigen, die eigene Zugänge und Möglichkeiten für alle Gesellschaftsmitglieder voraussetzen. Dies scheint prinzipiell kein Unterschied zu sein. Andererseits muß bedacht werden, daß Experten durchaus und sehr effektiv kritisiert werden können, wie die Selbsthilfebewegung aufgedeckt hat. Die allgemeingültige, gesellschaftliche Gesundheitsmoral ist weitaus schwieriger in Frage zu stellen. Dies zeigt auch die derzeitige Diskussion um die Gesundheitskosten und die Bemessung der Beiträge zur GKV (s.o). Verhalten, das sich außerhalb der „vornehmlich aus der Perspektive der besserverdienenden Angestellten, Akademiker und Selbständigen,“ (s.o) aktualisiert, wird deshalb als gesellschafts-

schädigend definiert, das den „Standort Deutschland“ gefährdet.

Gleichzeitig ist eine Akzentverlagerung in der Gesundheitsförderung nachweisbar, die eine Abkehr von der Askese zu einer hedonistischen Haltung beinhaltet. Grundlage ist auch hier die Fragwürdigkeit des medizinischen Modells. Positives Denken, bewußter Genuß und damit Wohlbefinden sind entsprechend dieser Logik eine Möglichkeit zur Gesunderhaltung. Womit in der Konsequenz auch riskante Handlungen positiv bewertet werden können, sofern sie zum Wohlbefinden beitragen.

Dabei besteht jedoch die Gefahr ohnehin bevorzugte gesellschaftliche Gruppen zusätzlich zu fördern und Randgruppen im Sinne eines „blaming the victim“ zu diskreditieren (KEUPP 1992, 245 f.).

Die „Wohlbefindens“-Forschung verliert jene Menschen aus ihrem Blick, denen ihre durchschnittliche Lebenserfahrung ein Gefühl der „Demoralisierung“ vermittelt, aus dem heraus jene gesundheitspsychologische Zentraltugend, die gegen Krankheiten immun macht: „Hardiness“, also jene Haltung des „Sich-nicht-unterkriegen-lassens“(...)

(...)

Die „Wohlbefindens“-Forschung richtet ihr Augenmerk auf die Sieger-Typen, die ihr Leben als ständige Herausforderung begreifen, die sie annehmen und in der sie sich als erfolgreich beweisen. Gute Laune kann da nicht nur nicht schaden, sondern gehört als motivationale Komponente in diese Strategie. Der propagierte Hedonismus ist die Prämie der Erfolgreichen. Gesundheitliche Probleme, Unglück und Leid sind entsprechend die negative Prämie für die „Verlierer“, die es nicht schaffen, die vielfältigen gesellschaftlichen Chancen für sich zu nutzen.

(Ebd.)

KEUPP (ebd.) sieht daher die Notwendigkeit gegeben, die Forderung der Ottawa-Charta genauer zu lesen.

Wenn Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta „auf einen Prozeß zielt, **allen** Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu befähigen“, dann müssen mit besonderer Aufmerksamkeit jene Prozesse untersucht werden, die spezifischen Menschengruppen die Selbstbestimmung über ihre Lebensführung er-



schweren bzw. verhindern.

(Ebd., 246. Hervorhbg. i. Org.)

Er setzt dabei auf Erkenntnisse sozialepidemiologischer Forschung, die mit salutogenetischen Konzepten (vgl. 4.3.2) ergänzt werden sollen.

Eine Verbindung der dargestellten Diskurse könnte durchaus fruchtbar sein. Ein Bindeglied der verschiedenartigen Argumentationen findet sich z.B. bei TIMM (1980) - bezeichnenderweise genau in dem Zeitraum, in dem sich der signifikante Wechsel der Klientenbilder ereignet. Hier wird die kulturelle Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit betont. Historische Episoden wie der Kapitalismus haben ihre je eigenen Krankheitsformen, wie die parallele Entwicklung in den kapitalistischen Ländern zu beweisen scheint. Die vorherrschenden gesellschaftlichen Produktionsformen haben kaum veränder- und verhinderbare Auswirkungen auf die Krankheitsformen. So wie die Arbeitslosigkeit und Entfremdung sind auch die chronisch-degenerativen Krankheiten mit dem Gesellschaftssystem verbunden.

Die Kritik am Konzept der Gesundheitserziehung zugunsten der Gesundheitsförderung ließe sich so von der Debatte um das Für und Wider einzelner Modelle zur Erklärung von Gesundheit abheben. TIMM (ebd.) verdeutlicht, daß die Ziele des Gesundheitssystems primär durch Versorgungssysteme, Ressourcen und Technologien (mit den dahinterstehenden Interessen) definiert werden. Damit einher geht eine Entfremdung des Menschen, da der eigene Körper gemäß einer funktionalistischen Sichtweise dem Reparaturbetrieb „Gesundheitswesen“ überantwortet wird: Wenn etwas nicht läuft, wird es von Spezialisten wieder in Gang gesetzt, die das Problem „im Griff“ haben. Die Hilflosigkeit des Menschen bei der Bewältigung gesundheitsrelevanter Aufgaben wächst durch die Entfremdungsmechanismen. Die Linderung von Krankheit ist zunehmend Aufgabe von Spezialisten, die Gesunderhaltung gerät unter den Systembedingungen zunehmend schwieriger.

Daran knüpft das von KEUPP (1992) erwähnte Phänomen der Demora-

lisierung an. Demoralisierung ist ein Begriff aus der Gemeindeforschung und „(..) beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung geprägt sind“ (ebd. 246).

Demoralisierung ist ein relativ weit verbreitetes Phänomen. KEUPP bezieht sich auf eine Studie aus den USA von 1980, nach der ein Drittel der Bevölkerung als demoralisiert gilt.

Das Problem der Hilflosigkeit bezüglich der sozialen Umwelt wird auch von KÜHN (1993) aufgegriffen: „Die Leute sagen sich: ‘Wenn wir schon nichts anderes kontrollieren können, so können wir doch unser eigenes Gesundheitsverhalten kontrollieren’“ (ebd. 31).

Darüber hinaus könnte der Psychoboom, das aktuelle Interesse an Esoterik und alternativen asiatischen Heilmethoden vor diesem Hintergrund als eine partielle, aber doch hoffnungslose Flucht aus den unveränderbaren Zwängen eines krankmachenden Systems interpretiert werden. Solche Fluchtmöglichkeiten bestehen jedoch nur für jene Privilegierten, die es sich leisten können.

### **9.3.5 Zum Menschenbild im Konzept der Risikogesellschaft**

In diesem Abschnitt ist zu untersuchen, inwieweit die unterschiedlichen Konzeptionen der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung, das sich wandelnde Menschenbild und die unterschiedlichen Diskurse mit Argumentationen im Konzept Risikogesellschaft vergleichbar sind. Es wird versucht, die Abkehr von marxistisch orientierten Ansätzen anhand von Hinweisen im Konzept der Risikogesellschaft zu begründen. Gleichzeitig soll die zunehmende Bedeutung von Prävention, die Orientierung an der individuellen Lebenswelt und das gesteigerte Interesse an Gesundheit zur Klärung anstehen.

Abschließend kann von der reinen Vergleichs- und Erklärungsebene abgehoben und danach gefragt werden, welche Tragfähigkeit das Konzept Risikogesellschaft für diesen Bereich hat.

#### **9.3.5.1 Ende der Großgruppengesellschaft**

Die zunehmende Ablösung marxistischer Erklärungsmodelle läßt sich auf der Grundlage des Konzeptes der Risikogesellschaft in zwei Schritten denken. Zunächst findet sich bei BECK (1986) die Annahme eines „Fahrstuhl-Effektes“ (s.u.). Daran knüpft BECK zweitens eine Konzeption der Individualisierung, die er von der MARX'schen (und der von Max WEBER) unterscheidet. Beide Gedanken führen zu der Aussage, daß das „... Denken und Forschen in traditionellen Großgruppen-Kategorien - in Ständen, Klassen oder Schichten - .. fragwürdig“ wird (ebd. 139). Die Konsequenz dieser Argumentation ist, daß die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Kapitalismus nicht mehr in der Form existieren, die substantieller Bestandteil marxistischer Überlegungen waren.

Der erwähnte Fahrstuhl-Effekt ist eine Metapher für das Höherfahren der Lebensqualität und der sozialen Rahmenbedingungen. Dieser Effekt resultiert aus der Entwicklung der Arbeitsmarktbedingungen, die ihrerseits zu einer „kulturellen Evolution der Lebensformen“ führen (ebd. 122 ff.). „Mehr Lebenszeit insgesamt, weniger Erwerbsarbeitszeit und mehr finanzieller Spielraum“ (ebd. 124) sorgen für ein Herauslösen aus dem „Joch der Lohnarbeit“ (ebd.). Die Abstände zwischen den einzelnen Einkommensklassen bleiben wohlgerne bestehen! Es entsteht keine klassenlose Gesellschaft, denn es gibt immer noch arm und reich, besitzend und *weniger* besitzend. Gleichzeitig werden mit diesem Konzept Überlegungen zur „Nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ (SCHELSKY 1979) oder zur „Verbürgerlichten Arbeitergesellschaft“ abgelehnt (vgl. BECK 1986, 142).

Arbeit und Leben werden so für die Menschen in ein qualitativ neues

Verhältnis gerückt. Die traditionellen Grenzen zwischen sozialen Klassen verlieren an Determinationskraft und werden zur Bestimmung des sozialen Status weniger relevant. Zwar gibt es keine paradiesischen Zustände, denn es entstehen neue Grenzen und Zuordnungen zwischen den Individuen. Diese sind jedoch nicht mehr allein an der Erwerbsarbeit festzumachen. Der Begriff des Klassenschicksals verliert seine Bedeutung.

Große materielle Not und massenhafte Verelendung sind - das ist der Grundgedanke - aus der Erfahrungswelt verschwunden, die gemäß marxistischer Überlegungen solidaritätsstiftende Kollektiverfahrungen darstellen. Zusätzlich sorgen Rahmenbedingungen, die im Zuge wohlfahrtsstaatlicher Entwicklungen entstanden sind, für Individualisierungstendenzen.

Hierzu gehören (...) : allgemeine wirtschaftliche Prosperität und damit verbundene Vollbeschäftigung, Ausbau des Sozialstaates, Institutionalisierung gewerkschaftlicher Interessenvertretung, Bildungsexpansion, Erweiterung des Dienstleistungssektors und so eröffnete Mobilitätschancen, Reduzierung der Arbeitszeit usw.

(Ebd., 133)

Die Durchsetzung der Forderungen einer starken Arbeiterbewegung führen auch in dieser Hinsicht zu einer Auflösung gemeinsamer Erfahrung. Auch hier wählt BECK die Erklärungsfigur „Die Durchsetzung eines Prinzips sorgt für dessen Auflösung“.

Prekäre Situationen werden nicht mehr als gemeinsame Erfahrung erlebt, sondern sind individuell zu verarbeitende Schicksale.

Gleichzeitig sind mit der rechtlichen Durchsetzung der Arbeitnehmerinteressen jetzt auch vielfältige *individuelle* Rechte entstanden - im Kündigungsschutz, in der Arbeitslosenversicherung, Weiterbildung usw. -, die der einzelne im Gang zum Arbeitsamt (und wieder zum Arbeitsamt) und notfalls im Gang zum Gericht individuell einholen oder einklagen muß. Die Arbeiterbewegung ist sozusagen durch die Verrechtlichung *von der Straße in die Gänge der Ämter verlegt worden* und findet hier als Warten, Sitzen, Warten, Sitzen, Antrag-Ausfüllen, Antrag-Ausfüllen und dann als Beratungsgespräch mit dem (teil- bzw. nicht-)zuständigen Be-

amten statt, der das ehemalige „Klassenschicksal“ in den individualisierenden Rechtskategorien des „Einzelfalles“ bearbeitet (oder/und weiterleitet).

(Ebd. Hervorhbg. i. Org.)

Die Sozialpädagogik muß somit verstärkt theoretische Konzepte entwickeln, die sich mit dem Einzelfall beschäftigen, da sich kollektive Klassenlagen kaum noch als Erklärungshintergrund eignen. Entrechtung sowie Problem- und Mangellagen sind weniger durch die historische Entwicklung des Kapitalismus verursacht. Vielmehr soll eine Rekonstruktion der Biographie des Klienten zur Erhellung des Einzelfalles führen.

Durch das Verschwinden einer explosiven Mischung aus Entfremdung, Ausbeutung und Verelendung im sozialen Gefüge, verlieren marxistische Ansätze ihre Griffigkeit zur Erklärung gesellschaftlicher Zustände. BECK vermeidet es jedoch, marxistische Überlegungen global für unsinnig und überholt zu erklären. Möglicherweise kann die zukünftige Entwicklung zu neuen verschärften Zuständen sozialer Ungleichheiten führen, die Klassenbildungsprozesse hervorrufen. Als Beispiel nennt er die sich „systematisch verschärfende Krise am Arbeitsmarkt“ (ebd. 134).

#### **9.3.5.2 Bedeutung der Individuallagen**

Im Blickpunkt des Interesses stehen fortan nicht mehr Klassenlagen und soziale Probleme, die als Resultate der Dynamik des kapitalistischen Produktionsprozesses zu interpretieren sind. Nun sind Individuallagen interessant, die jedoch nicht völlig der individuellen Gestaltung überlassen sind. Die drei analytischen Dimensionen (Freisetzung, Entzauberung und neue Einbindung) wurden bereits im Abschnitt zur Selbsthilfe dargestellt. Die Folge dieser Individualisierung ist eine Institutionalisierung der Biographiemuster:

Der einzelne wird zwar aus traditionellen Bindungen und Versorgungsbezügen herausgelöst, tauscht dafür aber die Zwänge des Arbeitsmarktes und der Konsumexistenz und der in ihnen enthaltenen Standardisierung und Kontrollen

ein.

(Ebd., 211)

Die gewonnene Freiheit der Entscheidung ist also - diese Überlegung sollte allgemein geläufig sein - mit einem Zwang zur Optimierung eigener Chancenverwertung verbunden. KEUPP (1988) prägt in diesem Zusammenhang den Begriff der „riskanten Chancen“. Gewonnen sind somit Chancen, aber keine Sicherheiten. In diesem Zusammenhang ist die wohl am häufigsten zitierte Metapher aus BECKs Risikogesellschaft zu nennen. Er begreift das Individuum als „Planungsbüro in eigener Sache“ (BECK 1986, 217). Dieses arbeitet nach bestimmten Vorgaben und Erwartungen. Die Konstruktion der eigenen Biographie ist durchdrungen von marktwirtschaftlichen Erfordernissen und dem Zwang, Marktchancen zu nutzen. KOHLI (1985, 14 f.) betont in seinem Ansatz zur Institutionalisierung des Lebenslaufes die Rationalisierung des Wirtschaftens und die Externalisierung sachfremder Orientierungen. Damit sind u.a. diejenigen Zwänge gemeint, die das Individuum zu einer marktgerechten Entscheidungsfindung in der Lebenslaufplanung führen.

Zur Planung des eigenen Lebens müssen daher gesellschaftlich definierte Planungshilfen gegeben werden. Der Schluß liegt nahe, daß Leistungsfähigkeit und Fitness zu Kriterien der Marktchancenoptimierung avancieren. Damit wird gleichzeitig ein verstärktes Interesse an der individuellen Gesundheit gefördert, das ihrerseits die Grundlage für einen marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssektor bildet.

Extrembeispiele finden sich in der Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin, die bereits vor der Geburt eine Abschätzung und Verbesserung der zukünftigen Marktchancen des noch nicht geborenen Menschen erlauben (BECK-GERNSHEIM 1992, 151 ff.). Aber auch der Boom von Fitnesszentren, Gesundheitsratgebern, alternativen Heilmethoden usw. soll dabei nicht unerwähnt bleiben.

Gesundheit wird so zu einer Sache der persönlichen Verantwortung; Krankheit gerät in der Folge dieser Entwicklung zu einer Frage der per-

sönlichen Schuld.

Wenn Schuld aber die Voraussetzung eines Gesundheitskonzeptes ist, dann muß diesem Konzept ein Begriff von Gesundheit unterliegen, der diese als Norm versteht - eine Norm, die dem einzelnen von oben auferlegt wird bzw. die, wenn sie als Wille verinnerlicht ist, die Fähigkeit der Selbstbeherrschung abverlangt. Sie bringt nur dann eine innere moralische Entlastung, wenn sie von äußeren Instanzen Bestätigung findet (z.B. wenn der eigene Körperumfang als übereinstimmend mit dem Schönheits- und Gesundheitsideal erlebt wird). Daß die Vermittlung der Gesundheitstugenden in der Gesellschaft des Massenkonsums notgedrungen jeden Anschein von Askese vermeiden und möglichst sogar hedonistisch aufgemacht sein muß, ändert nichts daran.

(KÜHN 1993, 26)

Soziale Kontrolle wird ausgeübt durch Mißbilligung riskanten (devianten) Verhaltens bis zur bereits erwähnten geplanten Erhöhung der GKV-Beiträge für Risikogruppen. Andererseits machen Forschungsergebnisse die Definition der Norm schwierig, da Verhalten immer nach der subjektiven Funktionalität untersucht werden muß, wie die Wohlbefindens-Forschung zeigt (s.o.).

Entscheidungen im individualisierten Lebenslauf können nicht irgendwie getroffen werden. Die neuen Entscheidungswege müssen in Richtung auf das strategische Ziel individuelle Gesundheit genutzt werden, wobei etwaige Moden und Konjunkturen im Fitness- und Gesundheitsbereich für Abwechslung sorgen. Die Entwicklung zum Healthismus ist unverkennbar.

Auch in der Sozialpädagogik läßt sich eine verstärkte Beschäftigung mit dem Einzelfall ablesen. Die neuen Ansätze zur Gesundheitsförderung beziehen sich explizit auf die Phänomene der Individualisierung. Prävention ist auf die Lebenswelt zu beziehen was nichts anderes bedeutet, als die individuelle Sozialwelt als Bezugspunkt zu nehmen.

### **9.3.5.3 Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft**

Die Überlegungen und Ausführungen zur Individualisierung nehmen in der Risikogesellschaft einen breiten Raum ein. Die Überlegungen erreichten zudem hohe Popularität. Wer sich auf das Gegenwartsphänomen Individualisierung bezieht - so hat es den Anschein - bezieht sich auf BECK und auf seine Publikation „Risikogesellschaft“. Die theoretischen Grundlagen, die BECK liefert, werden im sozialpädagogischen Diskurs begierig aufgegriffen. Entsprechend häufig lassen sich Parallelen zwischen dem Ansatz aus dem Konzept der Risikogesellschaft und im Klientenverständnis der Sozialarbeit nachzeichnen.

Die Individualisierung wird im sozialpädagogischen Diskurs zunehmend theorieleitend. Lebenswelt- und Fallorientierung und die Notwendigkeit therapeutischer Qualifikationen sind Ausdruck des angenommenen Individualisierungsschubes.

Die These von der „Auflösung proletarischer Milieus“ (MOOSER 1983) scheint auch in der sozialpädagogischen Diskussion Beachtung zu finden, da verstärkte Forderungen laut werden, Sozialpädagogik solle Beratung in ganz normalen Lebenslagen leisten (WINKLER 1992, 70).

Zwar geraten Menschen immer noch in prekäre Situationen, diese sind jedoch nicht aus der Klassenlage heraus zu erklären. Arbeitslosigkeit kann prinzipiell jeden treffen, da z.B. Bildung eine notwendige, keinesfalls aber hinreichende Bedingung für eine dauerhafte Plazierung im Arbeitsmarkt bietet. Ein lebenslanger Arbeitsplatz scheint zudem zur Ausnahmeerfahrung zu geraten. Zeiten der Arbeitslosigkeit können für jeden zur Normalerfahrung werden. Zudem finden diese im Lebenslauf bei Bewerbungen Tolerierung. Ähnlich verhält es sich mit Sozialhilfebezug, wie die Bremer Studie von LEIBFRIED (1995) gezeigt hat.

In der Konsequenz werden prekäre Lebenslagen nicht mehr aus dem kapitalistischen Produktionsprozeß abgeleitet. Sozialpädagogische Hilfe gerät vielmehr zu einem Prozeß der Aufarbeitung individualisierter Bio-



graphien.

Diese Ansicht wird auch auf den Zusammenhang Gesundheit übertragen. Die Förderung der individuellen Gesundheit erscheint sehr eng mit der je eigenen Lebenswelt verknüpft, wie die Präventionskonzepte zeigen.

Mit dem Blick auf individualisierte Biographien werden neue Zugänge zu Problemzusammenhängen erschlossen, andere gehen dabei verloren. Die Handlungsautonomie des Individuums, seine je eigenen Problemsichten und Lösungsansätze stellen sich durch den Individualisierungsansatz verstärkt heraus. Klient und Sozialarbeiter sind z.B. nicht mehr Figuren in einem anonymen, alles steuernden Komplex, der „kapitalistische Gesellschaftsform“ genannt wird. Prekäre Situationen können differenzierter und näher am Subjekt entschlüsselt werden.

Andererseits gehen Perspektiven verloren. Der in den siebziger Jahren attraktive Labeling-approach erweist sich für die Sozialpädagogik sehr fruchtbar, geriet jedoch in Vergessenheit und wird nun im Zuge konstruktivistischer Ansätze erneut - in einer variierten Form - entdeckt.

Interessant wäre zudem eine Aufarbeitung der Determination von Krankheitsbildern durch gesellschaftliche Produktionsbedingungen wie es TIMM (1980) versucht. Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze bleiben stark am Individuum orientiert. Auch wenn über Umwege gesellschaftliche Bedingungen als krankheitsfördernd identifiziert werden, so ist es doch Sache des Individuums diese zu ändern bzw. sich diesen nicht auszusetzen.

Nachdenkenswert ist auch die von BECK kreierte und von vielen Autoren zitierte Metapher des „Planungsbüros in eigener Sache“. Welche Assoziationen werden bei diesem Begriff wach? Planen beinhaltet Kreativität, Weitsicht, Rationalität und zumindest partielle Entscheidungsfreiheit. Ein eigenes „Büro“ zu besitzen, bedeutet freies Unternehmertum, Organisiertheit, Selbständigkeit, Kooperation und eine gewisse Unabhängigkeit.

Ob diese Fähigkeiten und Ressourcen bei allen Individuen gleichmäßig verteilt sind, ist eine Frage, die Gegenstand interessanter Diskussionen sein könnte.

## **10 Zusammenfassung und Ausblick**

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war die Frage, ob und wie das von BECK (1986) vorgelegte Konzept der Risikogesellschaft Eingang in die sozialpädagogische Diskussion und das disziplinspezifische Denken gefunden hat. Das Konzept der Risikogesellschaft ist zwar eng mit dem Namen BECK verknüpft, soll hier aber als ein Begriff verstanden werden, der eine Widerspiegelung eines allgemein akzeptierten Denk- und Erklärungsmusters der letzten 15-20 Jahre bedeutet.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Frage, ob und inwieweit das Konzept Risikogesellschaft zur Erhellung der Hintergründe und zum besseren Verständnis sozialpädagogischer Diskussionen dienlich sein kann. Mittels der durchgeführten Analyse ließen sich einige Parallelen zwischen Annahmen im Konzept Risikogesellschaft und dem sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit finden. In der folgenden Zusammenfassung sollen diese skizziert werden. Daran schließt die Frage an, warum sich die Sozialpädagogik kaum auf eigene theoretische Konzepte bezieht. Dieser Problematik werde ich mich im Ausblick widmen und gleichzeitig versuchen, auf zukünftige Konzepte zu verweisen, die eine ähnliche Relevanz wie das der Risikogesellschaft bekommen könnten.

Kapitel 2 stellte eine Einführung in die Sozialpädagogik dar und führte an die Bedeutung der Sozialpädagogik in modernen Gesellschaften heran. Dabei wurde abschließend nach einer „Krise der Sozialpädagogik“ gefragt.

Kapitel 3 diente der Klärung zentraler Begriffe des Konzeptes der Risikogesellschaft und ihrer Übertragung auf den sozialpädagogischen Diskurs. Hier galt es u.a. herauszuheben, welche Rolle die Risikogesellschaft in der Sozialpädagogik spielt. Dabei wurden sozialpädagogische Diskussionsstränge aufgenommen, die sich explizit auf die Risikogesellschaft beziehen. Die Fragestellung wurde weiter eingengt und präzisiert.

Zur Beantwortung der Ausgangsfrage schloß sich eine Analyse des

sozialpädagogischen Diskurses über Gesundheit an. Dieser Bereich stellt einen Ausschnitt sozialpädagogischer Diskussionen dar, der stellvertretend für den gesamten Diskurs gelten kann. Die tiefergehende Analyse erfolgte anhand von Beiträgen in sozialpädagogischen Fachzeitschriften.

Zu diesem Zweck wurde ein qualitatives Verfahren gewählt. Die Darstellung der methodologischen Voraussetzungen (Kapitel 4) und des methodischen Vorgehens (Kapitel 5) nahm einen relativ breiten Raum ein. Der Analyse des Diskurses lag eine Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) zugrunde. Dieses Verfahren wurde für die hier interessierende Fragestellung überarbeitet und entsprechend angepaßt. Da es sich dabei um einen Schwerpunkt der Arbeit handelt, wird über verschiedene Aspekte dieses Verfahrens noch einmal genauer dargestellt. Hier stellte sich die Frage, inwieweit sich die gewählte Technik zur angestrebten Analyse eignete und ob andere - möglicherweise quantitative - Verfahren besser geeignet gewesen wären. Zusätzlich sollte sich ein Ausblick zur Optimierung dieser Technik anschließen.

Zur Analyse dienten 1.665 Absätze aus 63 Zeitschriftenbeiträgen, die aus 4 Fachzeitschriften stammten. Diese Beiträge repräsentieren den Zeitraum von 1977-1995. Mittels Qualitativer Inhaltsanalyse wurden die Texte auf 97 Paraphrasen reduziert. Bis zu diesem Punkt leistete die Literatur zur Qualitativen Inhaltsanalyse eine sehr gute Anleitung. Was nun aber mit diesen Paraphrasen zu geschehen hatte - der eigentliche Erkenntnisprozeß! - blieb weitgehend im Dunkeln. Zur weiteren Bearbeitung entwickelte ich ein heuristisches Kategorienschema, in das die Paraphrasen nach rein formalen Kriterien eingeordnet wurden (vgl. Tabelle 2).

	'77 / '81 / '83	'85 / '87 / '89	'91 / '93 / '95
KAT1	Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung		

KAT2		Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.	
KAT3			Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.
KAT4	Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.		
KAT5		Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.	
KAT6	Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin		Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin
KAT7	Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien		

**Tabelle 2:** Gruppierung der Paraphrasen

Nach dieser ersten Einordnung galt es die inhaltlichen Qualitäten zu analysieren. Es mußten einfache Unterscheidungen zwischen den Paraphrasen getroffen werden, die es erlaubten, die verschiedenen Seiten der Unterscheidung sinnvoll zu erfassen. So konnten zwei große Problem- und Themenfelder analysiert werden.

Der erste Abschnitt wandte sich der Frage zu, welche Legitimation die Beschäftigung mit Gesundheitsfragen in der sozialpädagogischen Diskussion hat. Hier ging es darum, über die Zuständigkeit der Sozialpädagogik für den bearbeiteten Bereich nachzudenken. Nach genauerer Betrachtung konnten verschiedene Teildiskurse erkannt werden, die zeitlich unterschiedlich gelagert sind: Die Nicht-Zuständigkeit anderer Disziplinen wurde vermehrt in den siebziger und beginnenden achtziger Jahren herausgestellt (KAT 1 oder KAT 4). Die Zuständigkeit der Sozialpädagogik für Fragen der Gesundheit war in den achtziger und neunziger Jahren verstärkt Gegenstand der Betrachtung.

Das zweite große Thema beschäftigte sich mit dem Themenkreis „Pro-

bleme und Lösungen“. Auch hier waren zahlreiche Teildiskurse festzuhalten. Probleme wurden verursacht durch die Gesellschaft, den Klienten oder durch andere Disziplinen. Diese Teildiskurse könnten noch kleiner gearbeitet werden, da sich eine Reihe von Unterdiskursen herauszukristallisieren begann.

Quer zu diesen Problembeschreibungen wurden zusätzlich „Probleme zweiter Ordnung“ identifiziert. Diese resultieren aus Lösungsansätzen des Gesundheitssystems und sind in den jeweiligen Teildiskursen über die Gesellschaft, den Klienten und die anderen Disziplinen vorfindbar.

Lösungsvorschläge stellen sich weit weniger differenziert dar als Problembeschreibungen. Zwei große Teildiskurse konnten analysiert werden: Entweder wird die Lösungsmöglichkeit in einer Änderung des Individuums oder in der Veränderung der Umwelt gesehen. Es lassen sich jedoch keine Präferenzen für den einen oder anderen Lösungsweg in unterschiedlichen zeitlichen Abschnitten ermitteln.

Im Zentrum der Arbeit stand die Analyse von ausgewählten Diskursfiguren der Sozialpädagogik über Gesundheit (Kapitel 9), deren Kernaussagen ich noch einmal kurz darstellen möchte. Die Relevanz und der Erklärungswert des Konzeptes Risikogesellschaft bezüglich dieser Diskursfiguren erscheinen im folgenden Punkt zusammengefaßt. Die Bedeutung der Risikogesellschaft wird abschließend kritisch dargestellt.

## **10.1 Zusammenfassung der analysierten Diskursfiguren**

Insgesamt wurden drei Diskurse analysiert. Dabei handelte es sich um die vorfindbaren Aussagen

- zur mangelnden Konturierung der Sozialpädagogik, die mit einer „Identitätsproblematik“ zusammenhängt;
- zur Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung und

- zum Klientenbild, der Rollendefinition von Sozialarbeiter und Klient und der Konturierung ihrer Beziehung.

Die gewählte Analysetechnik ermöglichte es, formale Aspekte dieser Problematik aufzuzeigen. Anhand des entwickelten Schemas konnten die Diskurse in verschiedene heuristische Kategorien eingeordnet werden (s.o.).

Mangelnde Selbstdarstellung und „Identitätsproblematik“ KAT 3	Beginn zu Anfang der neunziger Jahre und fortlaufend. Ein Thema neben anderen. Bedeutung noch nicht absehbar.
Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung KAT 4	Ende der siebziger und Beginn der achtziger Jahre. Wichtiges Zentralthema (Modethema?). Fortlaufende Thematisierung einzelner Grundideen, aber nicht mehr zentrales Thema.
Klientenbild und Beziehung von Sozialarbeiter und Klient KAT 7	Ständig virulentes Thema. Deutliche inhaltliche Veränderung. Kein Modethema, aber zeitweilige Dominanz.

**Tabelle 6:** Kategorisierung der dargestellten Diskurse

Die Problematik der mangelnden Konturierung der Disziplin ist ein Diskurs der Kategorie KAT 3. Dies bedeutet, daß Aussagen zur hier artikulierten Problematik zu Beginn der neunziger Jahre verstärkt diskutiert und hervorgehoben werden. Es handelt sich um ein beginnendes Thema neben anderen laufenden Diskussionszusammenhängen; ein Ende ist noch nicht abzusehen. Andere wichtige und weiterführende Beiträge sind noch zu erwarten. Die Wichtigkeit, Bedeutung und der Einfluß dieses Themas kann wahrscheinlich erst ex-post bewertet werden. Hier kommt innerhalb der Sozialpädagogik ein spezifisches Problem der Disziplin zum Tragen, und verschiedene Ursachen sowie Lösungsmöglichkeiten gelan-

gen in den Blick. Als Problemursache wird die Ausdifferenzierung der eigenen Disziplin und anderer Disziplinen im gleichen Handlungsfeld ermittelt. Die Befürchtung geht dahin, daß das Bild fachlicher Sozialarbeit verschwimmt. Es ist nicht mehr klar zu benennen, was Sozialarbeit leisten kann und sollte. Damit einher geht die Befürchtung, daß die Zuständigkeit der Sozialarbeit für traditionelle Handlungsfelder von anderen Disziplinen und Institutionen angezweifelt wird. So können andere Disziplinen in bisher sozialpädagogisch dominierten Bereichen verstärkt tätig werden.

Implizit herrscht die Meinung vor, daß es ein scharf konturiertes Bild der Sozialarbeit gegeben hat, das jedoch zunehmend unklarer wird und zwar je mehr sich andere Disziplinen stärker konturieren und profilieren können.

Neben diesem „Identitätsverlust“ durch Eindringen anderer Disziplinen wie den neu entstehenden Gesundheitswissenschaften, verstärkt sich das Problem zusätzlich durch interne Schwierigkeiten. Sozialarbeit verzichtet darauf, eigene Kompetenzen und Sichtweisen angemessen zu vertreten. Die fehlende werbewirksame Selbstdarstellung wird beklagt. Dies resultiert möglicherweise aus dem Unvermögen, eigene Positionen deutlich zu machen. Hier wird zusätzlich vermutet, daß Submissivität gegenüber anderen Disziplinen im gleichen Handlungsfeld ein Professionsmerkmal der Sozialarbeit ausmacht.

Die Lösung dieses ständig dringlicher werdenden Problems wird in einer stärkeren Profilierung gesehen, die Zuständigkeiten für unterschiedliche Problembereiche reklamiert. Solches kann in einer Kooperation mit den Gesundheitswissenschaften erfolgen, wobei deutlich gemacht werden soll, welche Disziplin für welche Zusammenhänge zuständig ist. Hier geht es um eine Grenzziehung auf theoretischer Ebene, die in die Zukunft gewandt erfolgt und eine langfristige Konsolidierung leistet.

Als Sofortmaßnahme könnte eine Transparenz der Möglichkeiten sozialarbeiterischen Handelns hergestellt werden. Sozialarbeit und ihre



Effektivität soll für die Klienten, andere Disziplinen, die Kostenträger und für die handelnden Sozialarbeiter selbst nachvollziehbar und durchschaubarer werden. Dies kann über Qualitätssicherung erfolgen, wobei sehr formal - etwa nach der Norm ISO 9000 ff. - vorzugehen ist. Zusätzlich muß bereits in der Ausbildung stärkerer Wert auf die Vermittlung von Selbstdarstellungsfähigkeiten gelegt werden. Etwa durch das Know-How über die Erstellung von Handlungsberichten, Erfolgsstatistiken oder durch die Ausrichtung von öffentlichkeitswirksamen und attraktiven „Tagen der offenen Tür“ selbst in sehr kleinen sozialen Einrichtungen.

Die Selbsthilfediskussion hingegen läßt sich gegen Ende der siebziger Jahre und zu Beginn der achtziger Jahre nachweisen, wobei ein komplettes Versiegen der Argumentationsflüsse nicht angenommen werden kann. Kennzeichnend ist die sehr eifrige Beschäftigung mit diesem Thema innerhalb dieses Zeitraumes. Die Dominanz dieses Themas und das relativ plötzliche Abklingen zeigen, daß es sich hier um ein Modethema handelt. Ausläufer der Selbsthilfediskussion finden sich auch heute noch, sie steht jedoch nicht mehr im Mittelpunkt des Interesses wie zu Beginn der achtziger Jahre. Entsprechend der Kategorisierung handelt es sich hier um einen Diskurs der Kategorie KAT 4.

Die Diskussion um die Bedeutung der Selbsthilfe umfaßt ein sehr zentrales Thema zu Beginn der achtziger Jahre. Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung entwickeln sich zu Begriffen, die in der öffentlichen Wahrnehmung sehr starke Beachtung finden. Nicht nur im Gesundheitsbereich ist die Bedeutung der Selbsthilfe sehr groß. Auch die Friedensbewegung und Bürgerinitiativen gegen Kernkraftwerke, atomare Endlager oder der Erweiterungen von Großflughäfen waren häufig in den Medien präsent; gleichfalls die Ökologie- und grass-root-Gruppen, die alternative Lebensstile erprobten.

Ausgangspunkt der hier interessierenden Überlegungen sind die Expertenkritik einerseits und das Wegbrechen traditioneller Hilfesysteme andererseits. Selbsthilfe greift als erfolgversprechender Ausweg aus einer

sich zuspitzenden kritischen Entwicklung.

Bei der Expertenkritik wird die Ineffektivität des professionellen Hilfesystems bloßgestellt. Durch Experten gerät das Individuum als bevormundet und seiner Autonomie beraubt in den Blick. Eine Klientifizierung ist die Folge. Gleichzeitig entfernt sich das Sozial- und Gesundheitssystem von den eigentlichen Bedürfnissen der Menschen durch eine zunehmende Bürokratisierung. Es werden prekäre Situationen durch paradoxe Entscheidungen produziert. In der sozialpädagogischen Adaption wird das Argumentationspotential genutzt und vornehmlich die Medizin kritisiert. Das von ILLICH (1977) entwickelte Konzept der Iatrogenese - Krankheiten werden vom Gesundheitssystem erzeugt - findet seinen Eingang in das Kritikrepertoire. Zwar taucht dieser Begriff in der Diskussion kaum auf; zur Expertenkritik werden die Argumente ILLICHS jedoch herangezogen.

Gleichzeitig wird eine Kooperation mit der Selbstbewegung angestrebt. Sozialarbeit betrachtet sich selbst als Verbündeten der Selbsthilfe und Anwalt der Betroffenen gegen die Experten und obrigkeitsstaatliche Bevormundung.

Die Auflösung traditioneller Hilfesysteme ist die Folge einer fortschreitenden gesellschaftlichen Entwicklung. Großfamilien, Nachbarschaftssysteme und andere traditionelle Verbände sind kaum noch vorfindbar. Eine Entfremdung von der Natur wird beklagt. Die traditionellen Quellen alternativer Handlungs- und Heilungsmöglichkeiten brechen somit weg, und das darin gespeicherte Wissen geht verloren. Als Folge dieser Auflösungserscheinungen läßt sich eine zunehmende Anonymisierung der Individuen identifizieren. Sichtbares Sinnbild dieser Entwicklung: Die Hochhaussiedlungen in Satellitenstädten.

Selbsthilfe kann diese als negativ empfundenen Entwicklungen auffangen. Dabei wird davon ausgegangen, Klienten seien die besten Experten in eigener Sache. Diese individuell vorhandenen Fähigkeiten in prekären Situationen sollen unterstützt und durch Synergieeffekte ver-

stärkt werden.

Relativ schnell treten Probleme der Selbsthilfebewegung deutlich zutage. Man beklagt, Selbsthilfe sei mittelschichtorientiert; Randgruppen werden dadurch zusätzlich benachteiligt. Selbsthilfe allein kann somit kein Patentrezept sein. Vielmehr wird eine komplementäre Beziehung von Sozialarbeit und Selbsthilfe propagiert. Ferner ist die Gefahr von Ressourcenverknappung durch sozialstaatliche Sparbeschlüsse zu befürchten. Die Selbsthilfe bietet politischen Entscheidungsträgern die Argumente der Sozialarbeit Mittel zu streichen, da Selbsthilfe ohnehin effektiver greife.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit Selbsthilfe einen Mythos darstellt. Selbsthilfe scheint für viele Interessentengruppen unterschiedlicher Couleur attraktiv. Gleichzeitig kann aufgrund der Bedeutungsvielfalt kaum genau bestimmt werden, was Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung überhaupt ist, sein soll oder zu leisten vermag. Selbsthilfe erweist sich in der Diskussion als ein hochgradig emotional aufgeladener Begriff, und es ist nicht übertrieben, von einer Selbsthilfe-euphorie in den beginnenden achtziger Jahren zu sprechen.

Die Thematisierung des Klientenbildes und die Beziehung von Sozialarbeiter und Klient bildet einen ständig virulenten Mittelpunkt des sozialpädagogischen Diskurses. Es handelt sich dementsprechend um kein Modethema, sondern ist vergleichbar mit einem ständig präsenten, hintergründigen Rauschen, das gelegentlich unüberhörbar wird. Formal betrachtet geht es hier um einen Diskurs der Kategorie KAT 7. Das Klientenbild ist über den beobachteten Zeitraum jedoch nicht starr, sondern von einem signifikanten inhaltlichen Wandel gekennzeichnet.

Im Unterschied zur Selbsthilfe dreht es sich hier um einen weniger lauten Diskurs. Es liegt jedoch ein grundlegender und kontinuierlicher Zusammenhang vor, der ständig vorhanden ist - und gewissermaßen unter der Oberfläche disziplinspezifischer Kontroversen geführt wird - aber nur gelegentlich explizit wahrnehmbar hervortritt. Dieses gelegentli-

che Hervorbrechen oder Auftauchen läßt in diesem Falle eine Veränderung deutlich werden. Verändert hat sich das Klientenbild und die Definition der Sozialarbeiter-Klient-Beziehung. Die Veränderung ist sicherlich vielschichtig und wird hier zusammenfassend entlang des Hilfe-Kontrolle-Problems nachgezeichnet. Gleichzeitig kann man eine deutliche Veränderung des allgemein akzeptierten Gesundheitsbegriffes verzeichnen. Während in den siebziger Jahren eine Gesundheitsvorstellung vorherrscht, die sich noch eng an der medizinischen orientiert, ist die Rezeption der WHO-Definition und die Erweiterung durch die Ottawa-Charta in den achtziger Jahren ein bedeutsamer Einschnitt in das Gesundheitsverständnis der Sozialpädagogik. Die bereits bekannte Tabelle 5 soll wichtige Unterschiede des sich entwickelnden und verändernden Verständnisses noch einmal deutlich machen.

Im Diskurs der frühen siebziger Jahre bis in die Mitte des Jahrzehnts hinein wird häufig auf der Grundlage gesellschaftskritischer und marxistischer Ansätze argumentiert. Die Gesellschaft und die herrschenden Zustände werden auf der Grundlage dieser Ansätze beschrieben und skandalisiert. Die Kontrollfunktion der Sozialarbeit steht dabei im Vordergrund. Der Sozialarbeiter gilt häufig als Agent der herrschenden Interessen, wobei durch Rezeption von labeling-approach-Ansätzen der Sozialstaat als Produzent von Problem- und Mangellagen entlarvt wird. Eine Klientifizierung des Individuums ist die Folge. Hier werden Bezugspunkte zur Expertenkritik deutlich, die in der beginnenden Selbsthilfediskussion eine zentrale Rolle spielen. Sozialarbeit degradiert sich im Hinblick auf den Klienten als ein Weg in die prekäre Situation hinein. Der Ausweg aus diesen Situationen ist für den Diskurs weniger interessant.

Aufgrund des weniger umfassenden Verständnisses von Gesundheit steht das Klientenbild auch nicht in diesem Zusammenhang zur Diskussion. Im weiteren Verlauf, auch durch die Folgen der Selbsthilfediskussion, wird eine deutliche Akzentverschiebung sichtbar. Weniger die Kontrollfunktion der Sozialarbeit ist Thema, sondern die Möglichkeiten der

Hilfe. Sozialarbeit begreift sich explizit als Dienstleistung für den Klienten, der gleichberechtigter Partner sein soll. Grundlage der Hilfe ist die Respektierung der Selbstbestimmung des Klienten.

Herrschaftsbeziehung (Hilfe-Kontrolle)	Partnerdiskurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>- deskriptiv-skandalisierend</li> <li>- enger, medizinischer Gesundheitsbegriff</li> <li>- Kuration</li> <li>- Sozialarbeit als Agenten- und Kontrollfunktion zur Normalisierung</li> <li>- Verhinderung von Risikoverhalten durch Aufklärung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- normativ-idealisiert</li> <li>- weiter Gesundheitsbegriff (WHO-Definition und Ottawa-Charta)</li> <li>- Prävention</li> <li>- Sozialarbeit als Dienstleistung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelten</li> <li>- Funktionalität von Risikoverhalten</li> </ul>

**Tabelle 5:** Schwerpunkte des Klientendiskurses

Der Wandel im Gesundheitsverständnis ist wesentlich ein Wandel des Klientenbildes. Der Weg von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung beinhaltet eine Umorientierung in der Beziehung von Sozialarbeiter und Klient, weshalb eine Thematisierung des neuen Verständnisses unumgänglich wird. Neue Konzepte werden vorgeschlagen und diskutiert. Beispiele sind die lebensweltbezogene Prävention und Empowermentansätze, die einen starken normativen Charakter haben und ideale Zustände anstreben. Als Gegenstand der Überlegungen fungieren mögliche Wege aus prekären Situationen heraus - oder drumherum, wenn man die deutliche Hinwendung zur Prävention betrachtet. Hier geht es darum, eventuell bedenkliche Situationen zu vermeiden.

## **10.2 Bedeutung und Erklärungswert des Konzeptes der Risikogesellschaft**

Diese Diskursfiguren erschienen im nächsten Schritt in einen über-

greifenden Zusammenhang gestellt, der zunächst noch spezifisch sozialpädagogisch definiert war.

- Der Diskurs um die mangelnde Selbstdarstellung der Sozialpädagogik wurde verknüpft mit dem Theorie-Praxis-Problem, dem Erwerb und Transfer von Wissen und Fragen zur Professionalisierung.
- Zur Erläuterung des Selbsthilfediskurses gelangten Ergebnisse der Selbsthilfeforschung zur Darstellung und Problembeschreibungen der Selbsthilfegruppen unterlagen der Analyse.
- Schließlich wurde zusätzlich zum Diskurs des Klientenbildes das Problem von Hilfe und Kontrolle erörtert, weiterhin die Abkehr von gesellschaftskritischen und marxistischen Ansätzen. Ferner stand der Wechsel von einer Bevormundung des Klienten sowie Labelingprozessen zum Empowerment und lebensweltorientierter Prävention zur Diskussion

Diese Zusammenhänge sollen nicht noch einmal im einzelnen dargestellt werden. Wichtiger erscheint mir, die Anschlußpunkte zur Risikogesellschaft ein weiteres Mal aufzuzeigen. Die erkenntnisleitende Fragestellung war dabei:

*Sind die aufgezeigten Diskursfiguren durch Annahmen im Konzept der Risikogesellschaft beschreibbar/erklärbar? Wenn ja: Werden die Diskursfiguren und die inhärenten Probleme durch Kenntnis des Konzeptes der Risikogesellschaft deutlicher?*

Oder anders gefragt:

*Finden sich gleiche oder ähnliche Diskursfiguren im Konzept der Risikogesellschaft?*

Ich gehe davon aus, mehrere Anschlußpunkte gefunden und beschrieben zu haben. Dabei ist zu beachten, daß sich eine Reihe von Annahmen im Konzept der Risikogesellschaft zur Beschreibung und

Verdeutlichung der Diskursfiguren anbieten. Ich mußte daher eine Auswahl treffen, die sicher subjektiv ist. Die so geschaffene Auswahl und Gestaltung erscheint mir durchaus begründet und in der Darstellung plausibel.

	Sozialpädagogischer Hintergrund	Anschlußpunkte zum Konzept der Risikogesellschaft
Selbstdarstellung	Theorie-Praxis-Problem; Erwerb und Transfer von Wissen; Professionalisierung	Wissensabhängigkeit von Modernisierungsrisiken
Selbsthilfebewegung	Ergebnisse der Selbsthilfegruppenforschung; Probleme der Selbsthilfe	Individualisierung; Wissenschaftskritik (einfache und reflexive Verwissenschaftlichung, Entmonopolisierung der Erkenntnis, praktische und theoretische Tabus); Entgrenzung von Politik und Nicht-Politik
Klientenbild	Hilfe und Kontrolle; Abkehr von gesellschaftskritischen und marxistischen Ansätzen; Wechsel von der Bevormundung des Klienten zum Empowerment	Ende der Großgruppengesellschaft (geringer Erklärungswert marxistischer Ansätze); Individualisierung

**Tabelle 7:** Verknüpfung der analysierten Diskurse mit dem sozialpädagogischen Hintergrund und Überlegungen aus dem Konzept der Risikogesellschaft.

- Die Selbstdarstellungs- und Identitätsproblematik konnte gut mit den Annahmen zur Wissensabhängigkeit von Modernisierungsrisiken verständlich gemacht werden.
- Zur Selbsthilfe fanden sich eine ganze Reihe von Anschlußpunkten. Wesentlich erschienen mir das Individualisierungstheorem, die Wissenschaftskritik und die Entgrenzung von Politik und Nicht-Politik. Die Wissenschaftskritik der Selbsthilfebewegung konnte noch detaillierter beschrieben werden durch Heranziehung von Annahmen zur einfachen und reflexiven Verwissenschaftlichung, zur Entmonopolisierung der Erkenntnis sowie praktischer und theoretischer Tabus.

- Auch bei der Beschreibung des Klientenbildes boten Annahmen aus dem Konzept der Risikogesellschaft einen hohen Wiedererkennungswert. Beschrieben wurden hier die Annahmen vom Ende der Großgruppengesellschaft bei gleichzeitigem Nachlassen des Erklärungswertes marxistischer Ansätze. Hier konnte abermals das Individualisierungstheorem zur Verdeutlichung herangezogen werden.

Tabelle 7 zeigt die verschiedenen Ebenen noch einmal in zusammengefaßter Form.

### **10.3 Kritische Bewertung des Konzeptes der Risikogesellschaft**

Die anfängliche These über die Bedeutung des Konzeptes für den sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit ließ sich aufgrund der Untersuchung bestätigen. Sie hat deutliche Spuren in der Diskussion und im Denken dieses Bereiches hinterlassen. Das Konzept der Risikogesellschaft ist einer der großen (Ent-)Würfe zur Modernitätskritik. Besonders das Individualisierungstheorem wird gern aufgenommen und interpretiert. Dabei sieht BECK die Individualisierung in drei analytischen Dimensionen (Freisetzungs-, Entzauberungs- sowie Kontroll- und Reintegrationsdimension), die in der sozialpädagogischen Rezeption verschwimmen. Das Problem einer neuen Einbindung des Individuums (Reintegration) wird in der sozialpädagogischen Diskussion kaum thematisiert.

Mit dem Konzept der Risikogesellschaft ist ein spezifischer Blick auf gesellschaftliche Zusammenhänge möglich. Entsprechend gelagerte Probleme können mit diesem Denkmodell gut erfaßt und erklärt werden. Wie besonders die Analyse des Klientenbildes gezeigt hat, kann ein anderer, veränderter Blick auf Problemzusammenhänge erfolgen.

Gleichzeitig wird aber auch deutlich, daß andere theoretische Zugriffs- und Analysemöglichkeiten verstellt werden. Dies wurde im Abschnitt „Klientenbild“ deutlich (vgl. a. die Kritik von JOAS [1988] und die Ansätze



zum sozialen Gesundheitswesen von TIMM [1980] in Abschnitt 9.3.4).

Das Konzept der Risikogesellschaft leistet somit keine perfekte und allumfassende Beschreibung der gesellschaftlichen Realität. Vielmehr sollte sie als ein Dokument des Zeitgeistes verstanden werden. Ein Indiz dafür ist der Diskurs um die Selbsthilfebewegung (vgl. 9.2), deren Höhepunkt Anfang der achtziger Jahre lag - als das Konzept der Risikogesellschaft noch nicht publiziert war. Hier sind eklatante Ähnlichkeiten in der Argumentation und der Problembeschreibung sichtbar. BECK nimmt die Expertenkritik und die Individualisierungsthese der Selbsthilfebewegung auf und bündelt deren Aussagen.

Pointiert gesagt scheint das Konzept der Risikogesellschaft so populär zu sein, daß BECKs Publikation gar nicht gelesen werden muß, um verstanden zu werden. Möglicherweise ist dies ein Grund, warum die Veröffentlichung von BECK immer noch in der ersten Auflage erhältlich ist und keine zweite notwendig wurde.

Woran liegt das? Das Konzept der Risikogesellschaft stellt keinen grundlegenden Bruch mit gewohnten Denkweisen dar. Es geht immer noch um das Denken in Grundprinzipien der Moderne, die hier auf sie selbst angewandt werden.

Wer auf der Grundlage dieses Konzeptes argumentiert, vermeidet zudem die z.T. unfruchtbaren Debatten über das Für und Wider, das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein der Postmoderne.

Armut im klassischen Sinne, Neue Armut und soziale Desorientierung erscheinen nur am Rande und werden durch die Propagierung des „Fahrstuhleffektes“ (BECK 1986, 124 f.) ausgeblendet. Individuen begreifen sich so als prinzipiell handlungsfähig und steuern ihr Leben aus dem „Planungsbüro in eigener Sache“. Zwar sind auch Menschen in Armut handlungs- und entscheidungsfähig wie die Studie der dynamischen Armutsforschung von LEIBFRIED et al. (1995) zeigt. Sie haben jedoch mit einer Reihe von existentiellen Problemen zu kämpfen, die im Lichte des Kon-

zeptes der Risikogesellschaft nicht wahrgenommen werden. In einer Rezension der Publikation BECKs heißt es deshalb:

Auffällig ist jedoch schon, daß insbesondere in den Abschnitten zur Individualisierung und zur Subjektivierung eine Lebenswelt aufscheint, der Personen und Milieus näherstehen, die sich auf der luxurierenden Suche nach Selbsterfüllung, „sich selbst aus der Erde heraus (reißen), um nachzusehen, ob ihre Wurzeln auch wirklich gesund sind“ (BECK 1986, 156) oder am glitzernden See Bücher über die Nöte der Welt schreiben können, als die Masse derjenigen, die weniger mit medienvermittelten Risiken, sondern mit konkreten Alltagsknappheiten umzugehen haben, vor denen idiosynkratische Lebensstile und individualisierte Milieus in ihrer handlungsprägenden Kraft blaß aussehen.

(ESSER 1987, 811)

Die Perspektive im Konzept der Risikogesellschaft ist die der ökonomisch gesicherten Bürger bzw. die der „Leistungsträger“ im Sinne des Healthismus wie KÜHN (1993) ihn darstellt. Durch die Annahme des „Fahrstuhleffektes“ sind zwar gesellschaftlich bedingte Ungleichheiten noch vorhanden, insgesamt herrscht aber ein - verglichen mit den letzten Jahrzehnten - ungeahnter Wohlstand. Armut und soziale Desintegration kommen nur am Rande vor. Dies ist sicher ein Grund, warum sich die Sozialpädagogik vom sogenannten klassischen Klientel abwendet, mit dem Hinweis, dieses gäbe es kaum noch.

Da aufgrund moderner Lebensläufe, Brüche und potentiell prekäre Situationen, die (marktorientierten) Biographien kennzeichnen, kann sich Sozialpädagogik einem neuen Klientel öffnen und sich als Teil der „normalen“ Erziehung begreifen. Damit einher geht eine Verengung des Blickwinkels, da nur individuelle Faktoren gesehen werden, die einer Therapeutisierung Vorschub leisten. Die Hinwendung zu systemischen Ansätzen ändert daran wenig, da immer noch der begrenzte Lebensraum Familie und nicht gesellschaftliche Zusammenhänge im Mittelpunkt stehen.

## 10.4 Bewertung der Analysemethode

Qualitative Forschung ist ausgesprochen arbeitsintensiv. Diese Erfahrung wurde auch beim Verfassen der vorliegenden Arbeit bestätigt. Der gesamte Prozeß - von der Auswahl der Fachzeitschriften bis zur Dokumentation der Ergebnisse und ihrer Validitätsprüfung - nahm über ein Jahr in Anspruch! Dennoch lohnte sich das gewählte Vorgehen, da ich der Meinung bin, daß mit einem quantitativen Verfahren im Hinblick auf die Fragestellung kein befriedigendes Ergebnis erreicht worden wäre.

Die Ausgangsfrage, wie das Konzept der Risikogesellschaft - als Denkmuster des ausgehenden zwanzigsten Jahrhunderts in der BRD - Eingang in den sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit gefunden hat, ist schlechterdings nicht quantifizierbar. Prinzipiell möglich wäre die Ermittlung signifikanter Keywords des Konzeptes der Risikogesellschaft, deren Häufigkeit in ausgewählten Texten ermittelt werden müßten. Der Einsatz computerunterstützter Inhaltsanalyse wäre hier wünschenswert. Doch damit ist wenig gewonnen. Denn soll ein bestimmtes Denkmuster erfaßt werden, so hängt das sicher mit bestimmten Begriffen zusammen - es umfaßt jedoch mehr! Es geht nicht darum, welche Begriffe wie oft verwendet werden, sondern wie argumentiert, beschrieben und interpretiert wird.

Das Verfahren sollte folglich ein „verstehendes“, interpretatives sein. Die Qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING (1995) erschien dabei sinnvoll, obwohl hier Schwierigkeiten zu überwinden waren (vgl. 6.5). Weitere ergiebige Methoden wären die kritische Diskursanalyse nach JÄGER (1993) oder die Argumentationsanalyse (PASCHEN & WIGGER 1992) gewesen. Beide besitzen Vorteile, aber auch Nachteile gegenüber dem gewählten Verfahren.

JÄGER entwickelt seine Kritische Diskursanalyse aufgrund eines doppelten Unbehagens. Als Linguist bemängelt er die Praxis der gängigen

## Soziolinguistik.

Aufgefallen ist mir insbesondere, daß linguistische Konzepte aller Art dazu neigen, die mit Hilfe sprachlicher Mittel transportierten *Inhalte* auf der Mikro- und Makroebene zu vernachlässigen bzw. programmatisch aus der Linguistik auszuschließen. Mit den Inhalten wird aber zugleich alles Gesellschaftliche aus der Linguistik vertrieben.

(JÄGER 1993, 9. Hervorhbg. i. Org.)

Andererseits wirft er den Sozialwissenschaften - namentlich auch der Erziehungswissenschaft - eine Blickverengung vor, da beim Umgang mit Texten auf soziolinguistische Methodologie und Theorie verzichtet wird. Dadurch verschenkt man die Aussicht auf eine präzise Analyse (ebd. 15). Eine Überwindung der einseitigen Betrachtungsweisen bei gleichzeitiger Integration der Möglichkeiten kann fruchtbare Erträge im Sinne einer Diskursanalyse bringen, die den Zusammenhang von Gesellschaft und Sprache / Kommunikation erhellt: Was bedeutet es z.B., wenn von einer „Asylantenflut“ berichtet wird, die es „einzudämmen“ gilt? Welches Denken steht hinter der Behauptung eines Mediziners, er hätte eine Krankheit „im Griff“?

Dies ist meiner Meinung nach ein vielversprechender Ansatz, da ich der Argumentation zur Integration von Soziolinguistik und qualitativer Sozialforschung im wesentlichen zustimmen kann. Allerdings ist er für meine Fragestellung nur begrenzt anwendbar: Die Diskursanalyse setzt bei diskursiven Ereignissen an - etwa dem Reaktorunfall von Tschernobyl oder den ausländerfeindlichen Übergriffen von Hoyerswerda - zu denen Literatur ausgewählt und analysiert wird. Dies schien mir für die vorliegende Fragestellung wenig praktikabel.

Die Argumentationsanalyse scheint weiter ausgereift und hat zahlreiche Vorteile. Nicht zu unterschätzen ist, daß sie aus einem pädagogischen Kontext entstand und nicht aus einer anderen Disziplin zu „übersetzen“ war. Zudem scheint die Argumentationsanalyse sehr präzise Ergebnisse zu erbringen. Aufgrund der detaillierten Darlegung von PASCHEN &

WIGGER (1992) sind zusätzlich zahlreiche Anwendungsbeispiele vorhanden, die ein argumentationsanalytisches Vorgehen gut anleiten. Nachteilig ist der relativ hohe Aufwand, der für kleine Untersuchungen wenig forschungsökonomisch erscheint. Zudem bezieht sich diese Methode explizit auf die Analyse von Argumenten im formallogischen Sinne. Wie eine Analyse von Beschreibungen, Interpretationen und Anspielungen geleistet werden soll und kann, wird von der Argumentationsanalyse nicht beantwortet.

Die Wahl der Qualitativen Inhaltsanalyse als Verfahren schien mir daher gerechtfertigt. Die notwendigen Änderungen und Anpassungen des Verfahrens habe ich hinreichend beschrieben und deutlich gemacht.

Mit der Wahl des qualitativen Verfahrens sind die bekannten Gefahren verbunden. Dies gilt besonders für die Gültigkeit der Ergebnisse. Das Problem der Gütekriterien qualitativer Forschung ist bekannt und bisher nicht zur Zufriedenheit gelöst. Die Übertragung der klassischen Gütekriterien des quantitativen Paradigmas auf qualitative Verfahren ist aufgrund methodologischer Voraussetzungen kaum möglich (MAYRING 1995, 105).

Im Forschungsprozeß besteht ein Großteil der Arbeit aus Routine, Wiederholungen und leitfadengesteuerten Aktionen. Leider wird bei der Darlegung des Forschungsverlaufes häufig nicht der eigentliche Erkenntnisprozeß zur Kenntnis gemacht, der auf subjektiver Interpretation beruht. In diesem Fall ging es um das Verständnis, den Nachvollzug und die Interpretation von fixierter Kommunikation. Hier besteht sicher die Möglichkeit einer Überinterpretation der ermittelten Paraphrasen. Durch die Offenlegung des Forschungsprozesses habe ich meine eigenen Interpretationsleistungen weitgehend offenbart. Auf diese Weise stelle ich die Ergebnisse zur Diskussion und ermögliche eine Überprüfung. Dadurch ergibt sich der relativ große Umfang des Anhangs.

Eine weitere Frage bezieht sich auf die Repräsentativität des Ergebnisses. Für welchen Bereich sind die dargestellten Diskursfiguren stellvertretend? Mit der Analyse des Diskurses über Gesundheit habe ich

einen Teilbereich der Untersuchung unterzogen, von dem behauptete, daß er stellvertretend für den gesamten sozialpädagogischen steht (vgl. 4). Treten die Aussagen zur Selbsthilfebewegung, zum Klientenbild usw. nur und ausschließlich im sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit auf? Oder auch im erziehungswissenschaftlichen, im populärwissenschaftlichen usw.? Diese Frage ist sicher interessant, aber doch unerheblich. Denn meine Fragestellung bezog sich nur auf den Diskurs innerhalb der Sozialpädagogik.

Möglich wäre eine solche Überprüfung mittels einer Kontrollgruppe, womit Ideen und Verfahren des quantitativen Paradigmas für die qualitative Forschung fruchtbar gemacht werden könnten. Eine Kontrollgruppe wäre aus Zeitschriftenartikeln anderer disziplinärer Zusammenhänge zusammenzustellen. Zunächst müßte geklärt werden, welche angrenzenden - oder weit entfernten - Diskurse interessieren. Danach wäre in gleicher Weise mit dem Material zu verfahren wie in der vorliegenden Untersuchung. Das ließe den Schluß zu, daß zumindest in den angrenzenden Bereichen ähnliche Diskursfiguren vorfindbar sind.

Zur besseren Kontrastierung der Ergebnisse wäre ein größerer Zeitraum zu analysieren. Etwa von 1965 bis 1995. Durch die Darstellung anderer Erklärungsmuster - wie dem marxistisch-gesellschaftskritischen Ansatz - wird die Bedeutung des Konzeptes der Risikogesellschaft für den Diskurs möglicherweise etwas schillernder. Doch auch dies war nicht meine Fragestellung, denn ich wollte keine Übergänge verdeutlichen.

#### **10.4      Ausblick**

Nachdem geklärt wurde, welchen Stellenwert das Konzept der Risikogesellschaft für den sozialpädagogischen Diskurs über Gesundheit hatte und immer noch hat, bleibt die Frage nach der Zukunft. Welche theoretischen Denkansätze könnten zukünftig eine ähnliche Bedeutung erhalten?

Bei der Beobachtung der derzeitigen Literaturlage fällt auf, daß zuneh-

mend systemische und konstruktivistische Überlegungen rezipiert werden. Die Bedeutung und Tragfähigkeit dieser Ansätze für die Sozialpädagogik stehen zur Diskussion (HEINER 1995ab; KLEVE 1996ab; DAßLER, MÜLLER & SCHWARZ 1997). Einzelne theoretische Entwürfe auf dieser Grundlage wurden bereits vorgelegt (LÜSSI 1992; HOLLSTEIN-BRINKMANN 1993). Aufgrund dieser Überlegungen werden Neu- und Umorientierungen erfolgen, und es hat den Anschein, daß sich hier ein bevorzugtes Denkmuster im Umgang mit sozialpädagogischen Problemen herausbildet.

Weder das Konzept von BECK (1986) noch die o.g. konstruktivistischen Ansätze sind aus der sozialpädagogischen Diskussion entstanden. Während der erste primär einen soziologischen Ursprung besitzt, sind die anderen psychologischer, genauer: sozialpsychologischer Natur. Sie sind jedoch alle populär und haben deutlichen Einfluß auf den sozialpädagogischen Diskurs. Demgegenüber ist festzustellen, daß es eine Reihe von Theorien der Sozialpädagogik gibt (die Entwürfe von RÖSSNER [1973] und WINKLER [1988] sind hier stellvertretend zu nennen), diese sind allerdings kaum zu einer ähnlichen Popularität gelangt wie BECKs Veröffentlichung. Daran schließt sich die Frage an, warum dies so ist und ob hier ein spezifisches sozialpädagogisches Problem vorliegt. Weiterführend kann gefragt werden, welche sozialpädagogischen Konzepte das Potential besitzen, in einer Diskussion wahrgenommen zu werden, die über die Grenzen der Disziplin hinweg geführt wird.

Der „Umgang der Sozialpädagogik mit ihrer eigenen Theorie“ ist Untertitel und Thema eines z.T. polemischen Essays von WINKLER (1997). Er ist selbst Autor einer „Theorie der Sozialpädagogik“ (WINKLER 1988) und stellt daher aus einiger Erfahrung fest, daß theoretische Konzepte, die aus der Disziplin heraus entstanden sind „- abgesehen von Höflichkeitsschreibern - keine Resonanz in der Disziplin“ finden (WINKLER 1997, 55). Er diagnostiziert ein gebrochenes Verhältnis der Sozialpädagogik zu ihrer Theorie, das darin besteht „... daß sie die eigenen Theoriedefizite einklagt

und Theorieskizzen aufstellt. Dann aber zeigt sich, daß sie die vorhandene Theorieproduktion nicht verarbeitet“ (ebd., 56).

WINKLER entwickelt im Anschluß an diese Behauptung 7 Skizzen, die belegen sollen, warum die Sozialpädagogik unfähig ist, ihre eigene Theorie zu rezipieren. Auch wenn ich diesen Skizzen nicht im Detail zustimmen kann, klingt mir seine Grundüberlegung sehr plausibel. Das gebrochene Verhältnis der Sozialpädagogik zu ihrer Theorie (kaum Rezeption eigener Entwürfe bei gleichzeitigem Beklagen der eigenen Theorielosigkeit) wird verstärkt durch den Theorieimport aus anderen Disziplinen. Die Gefahr besteht in einer Auflösung der Konturen der wissenschaftlichen Disziplin Sozialpädagogik, wenn keine einheitliche Gegenstandsauffassung erarbeitet werden kann.

Wie wäre dieses gebrochene Verhältnis zu verändern? WINKLER regt einen „Theorieputsch“ (1997, 67) an, dem die Reflexion der Reflexion vorausgeht (ebd., 66),

(...) um einen paradigmatischen, semantischen und epistemologischen Kern der Sozialpädagogik herauszuarbeiten und zu stabilisieren. Man könnte das als die Notwendigkeit sozialpädagogischer Grundlagenforschung bezeichnen, die einerseits im Rekurs auf noch zu identifizierende „Klassiker“ zu leisten wäre, andererseits durch Beobachtung des sozialpädagogischen Diskurses, schließlich in der Verstetigung von Reflexion der Reflexion. Man müßte die Gründe für den Import bestimmter Theorien aufweisen und diesen einen systematischen Ort zuordnen.

(Ebd. 66)

Ob ein derartiger Theorieputsch kurzfristig stattfinden wird, darf durchaus bezweifelt werden. Zudem ist nicht klar, welcher Zustand nach diesem Ereignis herrschen würde. Dementgegen steht z.B. die zunehmend auf praktische Verwertbarkeit eingestellte praxeologische Orientierung erziehungswissenschaftlicher und sozialpädagogischer Ausbildung. „Theorie“ wird vermutlich erst dann wieder interessant, wenn die Praxisorientierung keine erfolgversprechenden Lösungsansätze mehr bietet,



somit an ihre Grenzen gestoßen ist.

Die breite Ausdifferenzierung der Disziplin ist in bezug auf das angesprochene Theoriedilemma nicht zu unterschätzen. Die „Erfolgsstory Sozialarbeit“ bestätigt sich erneut durch aktuelle und deutliche Zahlen, die RAUSCHENBACH & SCHILLING (1997) bezüglich der Beschäftigungsstruktur im sozialen Sektor ermittelt haben. Die Vielfalt dessen, was Sozialarbeit ist und sein kann, erschwert eine homogene Diskussionskultur. Die Vielfalt sozialpädagogischer Aufgaben und Tätigkeitsbereiche gerät auch durch die folgende Tabelle 8 in den Blick. Hier geht es um die Ausdifferenzierung sozialpädagogischer Tätigkeiten im Gesundheitsbereich. Austausch, Diskussion und Kritik werden vielfach nur in Teilbereichen in fruchtbarer Weise auf hohem Niveau erfolgen können, während eine gesamtdisziplinäre Verständigung oft nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner geschieht.

Zudem ist zu bedenken, daß Sozialpädagogik „an zwei Orten“ stattfindet, nämlich an Fachhochschulen und Universitäten. Diese örtliche Aufspaltung hat durchaus inhaltlich-qualitative Differenzen zur Folge (THOLE 1994, 262 ff.), die ihrerseits für unterschiedliche Diskurslinien sorgen.

Aufgabenbereiche	Berufsbereiche	Zielgruppen	Arbeitseinsätze	Institutionen	Kooperationspartner
Tätigkeiten und Anforderungen aus den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Habilitation	Familienhilfe im Gesundheitsbereich Sozialarbeit im Betriebs- und Arbeitsbereich Sozialarbeit mit chronische Kranken Sozialarbeit in der Psychiatrie Sozialarbeit im Suchtbereich Sozialarbeit im Bereich der Behindertenarbeit	Temporär Hilfsbedürftige Partner für Gesundheitserziehung Risikopopulation Familienangehörige von Kranken und Behinderten Personen mit unvollständiger Rehabilitation oder Habilitation (Nachsorge) Kranke mit temporärer stationärer und ambulanter Behandlung und deren Familienangehörige Chronisch Kranke in stationärer und ambulanter Behandlung z.B. Dialysepatienten Alterskranke und deren Familienangehörige Multiple Sklerose Kranke Psychisch Kranke, psychisch Behinderte, psychisch Gefährdete und deren Familienangehörige Süchtige sowie Suchtgefährdete und deren Familienangehörige Körperbehinderte, Geistigbehinderte, Sprachbehinderte, Lernbehinderte, Verhaltensgestörte, Blinde	Information und Beratung im Hinblick auf Prävention, Habilitation, Kuration und Rehabilitation Soziale Anamnese Konfliktberatung Vermittlung von Hilfen, Motivierung zur Annahme von Hilfen, Mitwirkung bei der Sicherstellung von Hilfsangeboten und Maßnahmen Mitwirkung bei Präventionsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Mitwirkung bei Entscheidungen über stationäre oder ambulante Kuration Soziotherapie Krisenintervention	Gesundheitsämter Sozial- und Jugendämter, Beratungsdienste in öffentlicher und nichtöffentlicher Trägerschaft, Sozialstationen Werksfürsorge, Krankenkassen Krankenhäuser u. Spezialkliniken, Polikliniken und Spezialambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Heilstätten Selbsthilfeorganisationen von Patientengruppen, Gruppenpraxen Akutbehandlungseinrichtungen, Berufsbildungs-, Berufsförderungseinrichtungen, Sondereinrichtungen für behinderte Kinder	Ärzte Psychologen Angehörige der Gesundheitsfachberufe Sozialmedizinische Assistenten Pädagogen Juristen Verwaltungskräfte der eigenen Institution sowie anderer Institutionen Ehrenamtliche Mitarbeiter im sozialen Bereich

**Tabelle 8:** Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Nach HÖRMANN 1986, 349 (vereinfacht)

## **.10.5 „In Zukunft Gesundheit?“**

Die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit zeigt sowohl Chancen als auch Gefahren auf. Gesundheitsförderung ist nach wie vor aktuell und bietet einen erheblichen Entwicklungsspielraum. Die breite Definition dessen, was Gesundheit sein soll, versammelt unterschiedliche sozialpädagogische Aktivitäten unter einem Begriff. Gesundheitsförderung könnte eine deutliche integrative Bedeutung für das Theorieproblem der Sozialpädagogik erhalten. Dabei ist zu beachten, daß Gesundheitsförderung einen Teilbereich ausmacht, der nicht allein aus sozialpädagogischen Bemühungen entstanden ist, obgleich sich die entwickelnde Gesundheitsförderung Mitte der achtziger Jahre stark an Methoden und Konzepten der Sozialarbeit orientierte. Zwei der bekanntesten Protagonisten der Gesundheitsförderung stellten bereits 1989 fest:

En passant wird der ahnungslosen Leihmutter Sozialarbeit ein Statusgewinn, eine Neuaufwertung von außen ange-dient. Mittels qualifizierter Integration in das für sie bislang randständige Gebiet (und Geschäft) der Prävention könnte diese Profession einen neuen Zugang zu ihren alten Problemen gewinnen. Mehr noch: ein neues Selbstbewußtsein wird verheißen - über das Vehikel Gesundheit.

(FRANZKOWIAK & WENZEL 1989, 113)

So avancierten vormals heteronome Bereiche wie Gemeinwesenarbeit, AIDS-Aufklärung und Jugendberatung „irgendwie“ zur Gesundheitsförderung. Das neukonzeptionierte Verständnis von Gesundheit erlaubte eine Bündelung dieser verschiedenen Bereiche. BRIESKORN-ZINKE & KÖHLER-OFFIERSKI (1997) erarbeiteten eine Praxisanleitung für Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit, die die Themen „Gebrauch von Genußmittel“, „Arbeit und Leben“ und „Leben mit der Umwelt“ zum Thema hatten. Dies scheint mir durchaus problematisch, zumal die Sozialpädagogik in einigen Bereichen, deren sich die Gesundheitsförderung bemächtigte, theoretisch und methodisch weiter vorangeschritten ist.

## 11 Literatur

Hinweis:

Literaturangaben zu den analysierten Texten sind *kursiv* gesetzt.

Abholz, Heinz-Harald: Das Dilemma des Kassenarztes. In: Badura, Bernhard (Hrsg.) 1991, 121-124.

Adorno, Theodor W. (Mitverf.): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Darmstadt u.a. 1972.

Alber, Jens: Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Frankfurt a. Main 1987.

Alisch, Lutz-Michael; Lutz Rössner: Erziehungswissenschaft als technologische Disziplin. München 1978.

Allesch, Christian G.; Alexander G. Keul: Analyse von Mensch-Umwelt-Beziehungen. In: Roth, Erwin (Hrsg.) 1995, 676-699.

*Andriessens, Elsa: Der falsch verstandene Therapiebegriff. In: Unsere Jugend 1981, H. 7, 323-325.*

Antonovsky, Aaron: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa; Michael Broda (Hrsg.) 1993, 3-14.

Antonovsky, Aaron: Meine Odyssee als Streßforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Argument Sonderband 193, 1991, 112-130.

Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Tübingen 1997.

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd.1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbek b. Hamburg 1973a.

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd.2: Ethnotheorie und Ethnographie des Sprechens. Reinbek b. Hamburg 1973b.

Asam, Walter: Selbsthilfe - Analytische Konkretisierung eines sozialpolitischen Schlagwortes. In: Asam, Walter H.; Michael Heck (Hrsg.) 1983, 17-30.

Asam, Walter H.; Michael Heck (Hrsg.): Soziale Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik Deutschland. München 1983.

Auernheimer, Georg: Land unter. In: betrifft: Erziehung 1974, H. 11, 44-50.

- Bachl, Annelore; Britta R. Büchner; Wolfgang Stark: Beratungskonzepte und Dienstleistungen gesundheitsbezogener Selbsthilfe-Initiativen. In: Gesundheitswesen 1996, Sonderheft 2, 120-124.
- Badelt, Christoph: Selbsthilfe - eine verborgene ökonomische Macht? In: Kickbusch, Ilona; Alf Trojan (Hrsg.) 1981, 235-243.
- Badelt, Christoph: Sozioökonomie der Selbstorganisation. Frankfurt a. Main u.a. 1980.
- Badura, Bernhard (Hrsg.): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. 2. Aufl. Frankfurt a. Main 1991.
- Baron, Rüdiger: Die Entwicklung der Armenpflege in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. In: Baron, Rüdiger; Rolf Landwehr (Hrsg.) 1983, 11-71.
- Baron, Rüdiger; Rolf Landwehr (Hrsg.): Geschichte der Sozialarbeit. Weinheim, Basel 1983.
- Basaglia, Franco (Hrsg.): Befriedungsverbrechen. Frankfurt a. Main 1980.
- Bauer, Rudolph: Wiederholt sich die Geschichte? In: Selbsthilfezentrum München (Hrsg.) 1988, 42-58.
- Bäumer, Gertrud: Die historischen und sozialen Voraussetzungen der Sozialpädagogik und die Entwicklung ihrer Theorie. In: Nohl, Herman; Ludwig Pallat (Hrsg.) 1929, 3-17.
- Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Frankfurt a. Main 1986.
- Beck, Ulrich: Gegengifte. Frankfurt a. Main 1988.
- Beck, Ulrich: Politik in der Risikogesellschaft. Frankfurt a. Main 1991.
- Beck, Ulrich; Anthony Giddens; Scott Lash: Reflexive Modernisierung. Frankfurt a. Main 1996.
- Beck, Ulrich; Wolfgang Bonß (Hrsg.): Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Frankfurt a. Main 1989.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth: Vorgeplantes Leben. In: Rauschenbach, Thomas; Hans Gängler (Hrsg.) 1992, 147-163.
- Becker, Peter: Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd.1: Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen 1982.
- Belardi, Nando (Mitverf.): Pädagogik, sozialpädagogische Arbeitsfelder. Frankfurt a. Main u.a. 1980.

- Bellebaum, Alfred; Heribert J. Becher; Michael Th. Greven (Hrsg.): Helfen und Helfende Berufe als soziale Kontrolle. Opladen 1985.
- Berelson, Bernard R.: Content Analysis in Communication Research. Glencoe 1952.
- Berger, Hartwig: Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit. Frankfurt a. Main 1980.
- Berger, Peter A.: Ungleichheitsphasen. In: Berger, Peter A.; Stefan Hradil 1990, 319-350.
- Berger, Peter A.; Stefan Hradil: Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Soziale Welt. Sonderband 7. Göttingen 1990.
- Bergmann, Klaus; Hans Prümper: Hat Peter H. noch eine Chance? In: Sozialmagazin 1977, H. 8, 44-49.*
- Biernath, Gerda: Für die Klienten ein Partner. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 93-94.*
- Biernath, Gerda: Sozialarbeit als Lebenshilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 92-93.*
- Blumhardt, Erika; Jutta Fröhlich: Langzeitkranke und Gemeindefrankenpflege. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 88-89.*
- Böhnisch, Lothar; Christian Niemeyer; Wolfgang Schröer: Die Geschichte der Sozialpädagogik öffnen - ein Zugangstext. In: Niemeyer, Christian; Wolfgang Schröer; Lothar Böhnisch (Hrsg.) 1997, 7-32.
- Böllert, Karin; Hans-Uwe Otto (Hrsg.): Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft. Bielefeld 1989.
- Bonß, Wolfgang (Hrsg.): Entzauberte Wissenschaft. Göttingen 1986.
- Bonß, Wolfgang: Unsicherheit und Gesellschaft - Argumente für eine soziologische Risikoforschung. In: Soziale Welt 1991, H. 2, 258-277.
- Bortz, Jürgen: Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin u.a. 1984.
- Bos, Wilfried; Christian Tarnai (Hrsg.): Angewandte Inhaltsanalyse in empirischer Pädagogik und Psychologie. Münster u.a. 1989.
- Botte, Alexander (Hrsg.): Implikationen der Informationsgesellschaft für die Bildung. Berlin 1996.

- Braun, Joachim: Umfang der Selbsthilfe in den alten Bundesländern. In: ISAB; Joachim Braun (Hrsg.) 1993, 22-24.
- Breu, Karl: Macht uns die Tuberkulose heute noch Not? In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 79-82.*
- Brieskorn-Zinke, Marianne; Alexa Köhler-Officerski: Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit. Freiburg i. Breisgau 1997.
- Brusten, Manfred; Siegfried Müller: Kriminalisierung durch Instanzen sozialer Kontrolle - Analyse von Akten des Jugendamtes. In: Neue Praxis 1972, H. 1, 174-189.
- Crozier, Michel; Erhard Friedberg: Macht und Organisation. Königstein 1979.
- Daßler, Henning; Maik Müller; Thomas Schwarz: Reality Zapping oder der Nutzen von Systemtheorie und Konstruktivismus für die Sozialarbeit. In: Neue Praxis 1997, H. 6, 503-513.
- Deneke, Christiane; Reinhard Kegler; Angela Slotty: Selbsthilfegruppen aus der Sicht der Betroffenen. In: Kickbusch, Ilona; Alf Trojan (Hrsg.) 1981, 139-148.
- Deppe, Hans-Ulrich; Hannes Friedrich; Rainer Müller (Hrsg.): Öffentliche Gesundheit - Public Health. Frankfurt a. Main, New York 1991.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt a. Main 1980.
- Deutschsprachige Zeitschriften. 42. Jahrgang. Köln 1998.
- Dewe, Bernd; Wilfried Ferchhoff; Albert Scherr; Gerd Stüwe: Professionelles soziales Handeln: soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. 2. Aufl. Weinheim u.a. 1995.
- Dießenbacher, Hartmut: Gibt es einen gesundheitspolitischen Geron-  
tozid? In: Neue Praxis 1987, H. 3, 257-265.*
- Dröschel, Alexander (Hrsg.): Kinder - Umwelt - Zukunft. Münster 1995.
- Dröschel, Alexander: Kinder - Umwelt - Zukunft: Eine Einführung. In: Dröschel, Alexander (Hrsg.) 1995, 8-37.
- Dudek, Peter: Leitbild Kamerad und Helfer. Frankfurt a. Main 1988.
- Ebel, Helga: Leben mit Krebs. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1987, H. 3, 83-84a.*

- Eicke, Ulrich: Informationsgesellschaft. In: Psychologie heute 1997, H. 4, 34-41.
- Eickelpasch, Rolf: Handlungssinn und Fremdverstehen. In: Kneer, Georg; Klaus Kraemer; Armin Nassehi (Hrsg.) 1994, 119-144.
- Engelhardt, Hans D.: Was Selbsthilfe leistet. Freiburg i. Breisgau 1995.
- Erler, Michael: Soziale Arbeit. Weinheim u.a. 1993.
- Esser, Hartmut: Theorien der Moderne und der Modernisierung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1987, 806-811.
- Esser, Peter: Krankheit und Beratung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1991, H. 1, 24-25.*
- Evers, Adalbert: Recht auf Sicherheit und Recht auf Risiko. In: Böllert, Karin; Hans-Uwe Otto (Hrsg.) 1989, 37.
- Faltermaier, Toni: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim 1994.
- Feld, Edmund: Fluoridhaltige Tabletten für Kindergartenkinder. In: Unsere Jugend 1983, H. 4, 172-173.*
- Flick, Uwe: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe et al. 1995, 147-173.
- Flick, Uwe; Ernst v. Kardorff; Heiner Keupp; Lutz v. Rosenstiel; Stephan Wolf: Handbuch Qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Weinheim 1995.
- Flierl, Hans: Freie und öffentliche Wohlfahrtspflege. 2. Aufl. München 1992.
- Forum Chronisch Kranker und Behinderter: "Das Risiko 'Krankheit' darf nicht weiter privatisiert werden." In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1991, H. 2, 56-57.*
- Franck, Jochen: Kathedralen der Freizeitgesellschaft. Bergisch Gladbach 1995.
- Franke, Alexa; Michael Broda (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Tübingen 1993.
- Frankfurter Rundschau v. 18.07.1998: Jugendbericht soll nun doch früher fertig sein.
- Franzkowiak, Peter: Jugend, Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: Neue Praxis 1987, H. 3, 210-225.*



- Franzkowiak, Peter: Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: Neue Praxis 1998, H. 2, 171-179.
- Franzkowiak, Peter; Eberhard Wenzel: Risiko und Verschwendung. In: Neue Praxis 1983, H. 4, 390-402.*
- Franzkowiak, Peter; Eberhard Wenzel: In Zukunft Gesundheit?. In: Böllert, Karin; Hans-Uwe Otto (Hrsg.) 1989, 113-128.
- Franzkowiak, Peter; Eberhard Wenzel: Gesundheitsförderung: Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffes. In: Psychosozial 1990, H. 2, 30-41.
- Franzkowiak, Peter; Peter Sabo: Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz 1993.
- Friebertshäuser, Barbara; Annedore Prengel: Handbuch Qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München 1997.
- Garms-Homolová, Vjenka: Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1989, H. 7-8, 180-182.*
- Garz, Detlef; Klaus Kraimer (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen 1991.
- Garz, Detlef; Klaus Kraimer (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung im Aufbruch. In: Garz, Detlef; Klaus Kraimer (Hrsg.) 1991, 1-33.
- Gergen, Kenneth J.: Das übersättigte Selbst. Heidelberg 1996.
- Gildemeister, Regine: Als Helfer überleben. Neuwied u.a. 1983.
- Glaser, Barney G.; Anselm Strauss: Die Entdeckung gegenstandsbezogenener Theorie. In: Hopf, Christel; Elmar Weingarten (Hrsg.) 1979, 91-111.
- Goffman, Erving: Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a. Main 1967.
- Groddeck, Norbert: Expansion, Qualifizierungsfalle und unterentwickelte Fachkultur. In: Groddeck, Norbert; Michael Schumann (Hrsg.) 1994, 26-40.
- Groddeck, Norbert; Michael Schumann (Hrsg.): Modernisierung Sozialer Arbeit durch Methodenentwicklung und -reflexion. Freiburg i. Breisgau 1994.

- Groeben, Norbert; Ruth Rustemeyer: Inhaltsanalyse. In: König, Eckard; Peter Zedler (Hrsg.) 1995, 523-554.
- Gropengiesser, Ilka; Volker Schneider (Hrsg.): Gesundheit - Wohlbefinden, Zusammen leben, Handeln. Friedrich Jahresheft VIII. Seelze 1990.
- Gross, Peter: Bastelmentalität. In: Schmid, Thomas (Hrsg.): Das pfeifende Schwein. Berlin 1985, 63-84.
- Grunow, Dieter: Soziale Ressourcen in der alltäglichen Gesundheits-selbsthilfe. In: Keupp, Heiner; Bernd Röhrle (Hrsg.) 1987, 245-267.
- Grunow, Dieter; Helmut Bretkopf; Vera Grunow-Lutter: Gesundheits-selbsthilfe durch Laien. Bielefeld 1984.
- Günther, Eckart P.: Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Sozialmagazin 1991, H. 7-8, 89-91.*
- Hargens, Jürgen: Frankreich - Zuviel Krankenschwestern? In: Sozialmagazin 1991, H. 1, 60-62.*
- Hasenclever, Christa: Jugendhilfe und Jugendgesetzgebung seit 1900. Göttingen 1978.
- Heimken, Norbert: Der Mythos der Freizeitgesellschaft. Münster 1989.
- Heiner, Maja: Nutzen und Grenzen systemtheoretischer Modelle für eine Theorie professionellen Handelns (Teil 1). In: Neue Praxis 1995a, H. 5, 427-441.
- Heiner, Maja: Nutzen und Grenzen systemtheoretischer Modelle für eine Theorie professionellen Handelns (Teil 2). In: Neue Praxis 1995b, H. 6, 525-546.
- Herriger, Norbert: Empowerment - Annäherungen an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. In: Neue Praxis 1991, H. 3, 221-229.
- Herrmann, Jürgen: Das französische Gesundheits- und Sozialsystem. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 89-91.*
- Hiebsch, Hans; Manfred Vorweg: Einführung in die marxistische Sozialpsychologie. Berlin 1971.
- Hinze, Klaus; Klaus-Peter Krahle; Christine Lipp-Peetz: Gesundheit lustvoll erleben. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1993, H. 3, 126-128.*

*Hinze, Uwe: Handeln oder behandelt werden. In: Blätter der Wohlfahrts-  
pflege 1995, H. 1-2, 23-24.*

Hoffmann-Riem, Christa: Die Sozialforschung einer interpretativen So-  
ziologie. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie  
1980, 339-372.

Hoffmann-Riem, Wolfgang: Forschung zur Selbstverständigung der  
Mediengesellschaft. In: Publizistik 1997, H. 1, 46-53.

*Hollenbach, Michael: Gentechnik. In: Sozialmagazin 1989, H. 6, 56-58.*

Hollstein, Walter; Marianne Meinhold: Sozialarbeit unter kapitalistischen  
Produktionsbedingungen. Frankfurt a. Main 1973.

Hollstein-Brinkmann, Heino: Soziale Arbeit und Systemtheorien. Freiburg  
i. Breisgau 1993.

Homfeldt, Hans G.; Bettina Hünersdorf (Hrsg.): Soziale Arbeit und Ge-  
sundheit. Neuwied, Berlin 1997.

Hopf, Christel; Elmar Weingarten (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung.  
Stuttgart 1979.

Hörmann, Georg: Sozialpädagogik im Gesundheitswesen. In: Neue  
Praxis 1986, H. 4, 345-355.

Hörmann, Georg: Zur Funktion der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In:  
Homfeldt, Hans G.; Bettina Hünersdorf (Hrsg.) 1997, 11-27.

Huber, Günther L. (Hrsg.): Qualitative Analyse. München u.a. 1992.

Hübinger, Werner: Die Caritas-Armutsuntersuchung. Freiburg i. Breisgau  
1995.

Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit. 2. Aufl. Weinheim u.a.  
1991.

Hurrelmann, Klaus; Ulrich Laaser: Gesundheitswissenschaften. Wein-  
heim, Basel 1993.

*Hutter, Adalbert: Gesundheitsförderung durch Psychotherapie und Bera-  
tung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1991, H. 1, 22-24.*

Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Reinbek b. Hamburg 1977.

Illich, Ivan: Fortschrittsmythen. Reinbek b. Hamburg 1978.

Illich, Ivan u.a. (Mitarb.): Entmündigung durch Experten. Reinbek b.

Hamburg 1979.

ISAB; Joachim Braun (Hrsg.): Praxishandbuch für Selbsthilfekontaktstellen. Leipzig 1993.

ISAB Köln-Leipzig: Selbsthilfebereiche und Selbsthilfegruppentypen. In: ISAB; Joachim Braun (Hrsg.) 1993, 12-21.

Jakob, Gisela; Hans-Jürgen v. Wensierski (Hrsg.): Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis. Weinheim, München 1997.

Jäger, Siegfried: Kritische Diskursanalyse. Duisburg 1993.

Joas, Hans: Das Risiko der Gegenwartsdiagnose. In: Soziologische Revue 1988, H. 1, 1-12.

Kahlert, Joachim: Alltagstheorien in der Umweltpädagogik. Weinheim 1990.

*Kalmbach, Fridl: Was sind Langzeitkranke? In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 75-77.*

v. Kardorff, Ernst; Hubert Oppl (Hrsg.): Selbsthilfe und Krise der Wohlfahrtsgesellschaft. München 1989.

v. Kardorff, Ernst: Qualitative Sozialforschung - Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, Uwe et al. 1995, 3-8.

Keupp, Heiner: Riskante Chancen. Heidelberg 1988.

Keupp, Heiner: Psychokultur und New Age - Interpretativer Zugang jenseits von Denunziation. In: Keupp, Heiner 1988, 58-70.

Keupp, Heiner: Auf der Suche nach der verlorenen Identität. In: Keupp, Heiner 1988, 131-151.

Keupp, Heiner: Das Ende der „atomaren Gelassenheit“? In: Böllert, Karin; Hans-Uwe Otto (Hrsg.) 1989, 21-36.

Keupp, Heiner: Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. In: Psychomed 1992, 244-250.

Keupp, Heiner; Bernd Röhrle (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt a. Main u.a. 1987.

Kickbusch, Ilona: Selbsthilfe im Gesundheitswesen. In: Nelles, Wilfried; Reinhard Oppermann (Hrsg.) 1980, 381-409.

- Kickbusch, Ilona; Alf Trojan (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt a. Main 1981.
- Kirsch, Guy: Die Deregulierungsdebatte. In: Schmid, Thomas (Hrsg.) 1988, 38-50.
- Kleiber, Dieter; Birgit Rommelspacher (Hrsg.): Die Zukunft des Helfens. Weinheim u.a. 1986.
- Kleining, Gerhard: Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In: Flick, Uwe et al. (Hrsg.) 1995, 11-22.
- Kleinmann, Dieter: Der plötzliche Herztod beim Laufen. In: Fortschritte der Medizin 1987, H. 32, 621-624.
- Kleve, Heiko: Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Aachen 1996.
- Kleve, Heiko: Soziale Arbeit als wissenschaftliche Praxis und praktische Wissenschaft. In: Neue Praxis 1996, H. 3, 245-252.
- KMK-Beschluß: Rahmenordnung für die Diplomprüfungsordnung im Fach Erziehungswissenschaft. In: Zeitschrift für Pädagogik 1969, H. 2, 209-220.
- KMK-Empfehlung v. 01.06.1979: Gesundheitserziehung in der Grundschule. In: Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen 1980, H. 10, 333.
- Kneer, Georg; Klaus Kraemer; Armin Nassehi (Hrsg.): Soziologie - Zugänge zur Gesellschaft. Münster 1994.
- Knieschewski, Elmar: Sozialarbeiter und Klient. Weinheim, Basel 1978.
- Knorr-Cetina, Karin: Spielarten des Konstruktivismus. In: Soziale Welt 1989, H. 1-2, 86-97.
- Knorr-Cetina, Karin: Die Fabrikation von Erkenntnis. Frankfurt a. Main 1991.
- Koch, Rüdiger: Untersuchungen zur Gesundheitserziehung innerhalb des Biologieunterrichts - unter besonderer Berücksichtigung ihrer historischen Entwicklung. Braunschweig, Univ., Erz.FB., Diss. 1981.
- Kohli, Martin: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1985, H. 1, 1-29.
- Kohli, Martin; Günther Robert (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart 1984.

- Kolip, Petra; Thomas Schott: Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft 1994, H. 2, 81-90.
- König, Eckard; Peter Zedler (Hrsg.): Bilanz qualitativer Forschung. Bd. 2: Methoden. Weinheim 1995.
- König, Renate; Klaus D. Müller: Für eine Revision der Ernährungserziehung im Kindergarten. In: Unsere Jugend 1991, H. 4, 38-45.*
- Kracauer, Siegfried: Für eine qualitative Inhaltsanalyse. In: Ästhetik und Kommunikation 1972, H. 7, 53-58.
- Kracauer, Siegfried: The challenge of Qualitative Content Analysis. In: The Public Opinion Quarterly 1952, 631-642.
- Kreft, Dieter; Helmut Lukas: Perspektivenwandel in der Jugendhilfe. Frankfurt a. Main 1993.
- Kroner, Karl-Heinz; Stefan Willer: Multiple-Sklerose-Kranke in Franken. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 82-84.*
- Krüger, Heinz-Hermann; Thomas Rauschenbach (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Weinheim, München 1994.
- Kuchler, Frieda; Peter Kuchler: Ein gelungenes Experiment. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 84-85.*
- Küchler, Manfred: Qualitative Sozialforschung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1980, 373-386.
- Kühl, Wolfgang: Selbsthilfegruppen - Modeerscheinung oder Korrektiv eines verfehlten Professionalisierungskurses der Sozialpädagogik? In: Neue Praxis 1983, H. 1, 37-45.*
- Kuhn, Thomas: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. Main 1973.
- Kühn, Hagen: Healthismus. Berlin 1993.
- Lademann, Bodo-Gerd: Wie unsere Kinder wohnen. In: Unsere Jugend 1975, H. 1, 60-67.*
- Lakatos, Imre: Falsifikation und die Methodologie wissenschaftlicher Programme. In: Lakatos, Imre; Alan Musgrave (Hrsg.) 1974, 89-189.
- Lakatos, Imre; Alan Musgrave (Hrsg.): Kritik und Erkenntnisfortschritt. Braunschweig 1974.
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie. 2.

- Aufl. Weinheim 1993a.
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Bd. 2: Methoden und Techniken. 2. Aufl. Weinheim 1993b.
- Landwehr, Rolf: Funktionswandel der Fürsorge vom Ersten Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik. In: Baron, Rüdiger; Rolf Landwehr (Hrsg.) 1983, 73-138.
- Lange, Bernward; Heiner Willenberg: Inhaltsanalyse in der literaturdidaktischen Unterrichtsforschung. In: Bos, Wilfried; Christian Tarnai (Hrsg.) 1989, 173-190.
- Leibfried, Stephan: Zeit der Armut. Frankfurt a. Main 1995.
- Levin, Lowell S.; Ellen L. Idler : The Hidden Health Care System. Cambridge, Mass. 1981.
- Lewkowicz, Marina (Hrsg.): Neues Denken in der sozialen Arbeit. Freiburg i. Breisgau 1991.
- Linzbach, Moritz: Das Arzt-Patientenverhältnis. In: Blätter der Wohlfahrts-pflege 1985, H. 4, 89-91.*
- Lüders, Christian: Der „wissenschaftlich ausgebildete Praktiker“ in der Sozialpädagogik - zur Notwendigkeit der Revision eines Programms. In: Zeitschrift für Pädagogik 1987, H. 5, 635-653.
- Lüders, Christian: Grundlagen und Methoden qualitativer Sozialforschung. In: Zeitschrift für Pädagogik 1993, H. 2, 334-347.
- Lüders, Christian; Jo Reichertz: Wissenschaftliche Praxis ist, wenn alles funktioniert und keiner weiß warum - Bemerkungen zur Entwicklung qualitativer Sozialforschung. In: Sozialwissenschaftliche Literatur-rundschau 1986, H. 12, 90-102.
- Lüssi, Peter: Systemische Sozialarbeit. Bern 1992.
- Lyotard, Jean-François: Das postmoderne Wissen. Graz 1986.
- Maier, Erne: Fragen zum Kinderfuß und Kinderschuh 1974. In: Unsere Jugend 1975, H. 1, 14-22.*
- Maier, Erne: Zur Kinderschuh-Versorgung. In: Unsere Jugend 1981, H. 2, 82-83.*
- Maier, Erne: Ein Bericht von der Konferenz der Gesundheitsminister. In: Unsere Jugend 1983, H. 1, 30-31.*

- Maier, Erne: Weiterhin sinkende Kinder- und Jugendsterblichkeit. In: Unsere Jugend 1985, H. 11, 443-448.*
- Mansel, Jürgen: Sozialisation in der Risikogesellschaft. Neuwied u.a. 1995.
- Marzahn, Christian: Körpererziehung in China (Teil 1). In: Sozialmagazin 1979a, H. 8, 63-67.*
- Marzahn, Christian: Körpererziehung in China (Teil 2). In: Sozialmagazin 1979b, H. 9, 50-59.*
- Mayring, Philipp: Die qualitative Wende. In: Schönpflug, Wolfgang 1989, 306-313.
- Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. Aufl. Weinheim 1993.
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. 5. Aufl. Weinheim 1995.
- McKeown, Thomas: Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt a. Main 1982.
- Mehringer, Andreas: "Kranke Kinder dürfen keine Zeit haben, gesund zu werden". In: Unsere Jugend 1977a, H. 1, 23-25.*
- Mehringer, Rainer: Überfüttert, überfordert, allein gelassen. In: Unsere Jugend 1977b, H. 6, 241-249.*
- Meinhold, Marianne: Zum Selbstverständnis und zur Funktion von Sozialarbeitern am Beispiel von Theorie und Praxis der sozialen Einzelhilfe. In: Neue Praxis 1973, H. 2, 116-127.
- Menara, Dora: Die psychosoziale Situation des Pflegekindes im Spannungsfeld zwischen leiblichen Eltern. In: Unsere Jugend 1981, H. 10, 435-437.*
- Merchel, Joachim: Sozialverwaltung oder Wohlfahrtsverband als „kundenorientiertes Unternehmen“. In: Neue Praxis 1995, H. 4, 325-340.
- Merten, Klaus: Inhaltsanalyse. Opladen 1983.
- Metzger, Sibylle: Menschen unterstützen, Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, H. 1-2, 19-22.*
- Michaelis, Jörg; Günter Haaf; Peter Kaatsch; Birgit Keller: Krebserkrankungen im Kindesalter in der Umgebung westdeutscher kern-technischer Anlagen. In: Deutsches Ärzteblatt 1992, H. 30, C-1386 - C-1390.



- Moeller, Michael L.: Selbsthilfegruppen. Reinbek b. Hamburg 1978.
- Moeller, Michael L.: Chancen und Grenzen der Selbsthilfegruppen. In: Kleiber, Dieter; Birgit Rommelspacher (Hrsg.) 1986.
- Mollenhauer, Klaus: Die Ursprünge der Sozialpädagogik in der industriellen Gesellschaft. Weinheim u.a. 1987.
- Morbach, Jürgen: Empowerment als professionelle Grundhaltung und Methode in Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, Hans G.; Bettina Hünersdorf (Hrsg.) 1997, 155-174.
- Mooser, Josef: Auflösung des proletarischen Milieus. In: Soziale Welt 1983, H. 3, 270-306.
- Mühlum, Albert: Sozialarbeit im Gesundheitsamt. Blätter der Wohlfahrtspflege 1995a, H. 1-2, 32-33.*
- Mühlum, Albert: Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitsförderung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995b, H. 4, 94-95.*
- Müller, C. Wolfgang: Wie Helfen zum Beruf wurde. Bd. 2: Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit 1945-1990. 2. Aufl. Weinheim 1992.
- Müller, C. Wolfgang: JugendAmt. Weinheim, Basel 1994a.
- Müller, C. Wolfgang: Wie Helfen zum Beruf wurde. Bd. 1: Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit 1883-1945. 4. Aufl. Weinheim 1994b.
- Müller, C. Wolfgang (Hrsg.): Einführung in die soziale Arbeit. 4. Aufl. Weinheim, Basel 1995.
- Müller, C. Wolfgang: Soziale Arbeit und ihre Berufe. In: Müller, C. Wolfgang (Hrsg.) 1995, 9-46.
- Münchmeier, Richard: Zugänge zur Geschichte der Sozialarbeit. München 1981.
- Mürner, Christian: Eugenik. In: Sozialmagazin 1989, H. 11, 14-18.*
- Naschold, Frieder; Marga Pröhl (Hrsg.): Produktivität öffentlicher Dienstleistungen. Gütersloh 1994.
- Nelles, Wilfried; Reinhard Oppermann (Hrsg.): Partizipation und Politik. Göttingen 1980.
- Niemann, Peter: Gesundheitsreform und Sozialhilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1989, H. 7-8, 204-206.*

- Niemeyer, Christian: Die disziplinäre Engführung des Sozialpädagogikbegriffs im Zuge des Jugendwohlfahrtsdiskurses der Weimarer Epoche. In: Niemeyer, Christian; Wolfgang Schröer; Lothar Böhnisch (Hrsg.) 1997, 165-177.
- Niemeyer, Christian; Wolfgang Schröer; Lothar Böhnisch (Hrsg.): Grundlinien Historischer Sozialpädagogik. Weinheim, München 1997.
- Nohl, Herman; Ludwig Pallat (Hrsg.): Handbuch der Pädagogik. Bd. 5: Sozialpädagogik. Langensalza 1929.
- Oevermann, Ulrich: Objektive Hermeneutik - Eine Methodologie soziologischer Strukturanalyse. Frankfurt a. Main 1989.
- Oevermann, Ulrich; Tilman Allert; Elisabeth Konau; Jürgen Krambeck: Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.) 1979, 352-434.
- Olk, Thomas: Abschied vom Experten. Weinheim u.a. 1986.
- Opp, Karl-Dieter: Wissenschaftstheoretische Grundlagen der empirischen Sozialforschung. In: Roth, Erwin (Hrsg.) 1995, 49-73.
- Otto, Hans-Uwe; Kurt Utermann: Sozialarbeit als Beruf. München 1971.
- Otto, Hans-Uwe; Heinz Sünker (Hrsg.): Soziale Arbeit und Faschismus. Frankfurt a. Main 1989.
- Otto, Hans-Uwe; Heinz Sünker (Hrsg.): Politische Formierung und soziale Erziehung im Nationalsozialismus. Frankfurt a. Main 1991.
- Otto, Hans-Uwe; Paul Hirschauer; Hans Thiersch: Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Neuwied 1992.
- Paschen, Harm; Lothar Wigger: Zur Analyse pädagogischer Argumentationen. Weinheim 1992.
- Paulus, Peter: Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Homfeldt, Hans G.; Bettina Hünersdorf (Hrsg.) 1997, 175-203.
- Peukert, Detlev J. K.; Richard K. Münchmeier: Historische Entwicklungsstrukturen und Grundprobleme der deutschen Jugendhilfe. In: Sachverständigenkommission 8. Jugendbericht (Hrsg.) 1990, 1-49.
- Puhl, Ria: Die Gefahren der modernen Medizin für die Gesundheit. In: Sozialmagazin 1981, H. 11, 68-69.*
- Rabe, Peter: Berufsfeld: Krankheit. In: Sozialmagazin 1985, H. 7-8, 48-*

- Rahner, Wolfgang: Sozialer Dienst im Krankenhaus. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 96.*
- Rappaport, Julian: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1985, H. 2, 257-278.
- Rauschenbach, Thomas: Sozialpädagogik - eine akademische Disziplin ohne Vorbild? In: Neue Praxis 1991, H. 1, 1-11.
- Rauschenbach, Thomas: Sind nur Lehrer Pädagogen? In: Zeitschrift für Pädagogik 1992a, H. 3, 385-417.
- Rauschenbach, Thomas: Soziale Arbeit und soziales Risiko. In: Thomas Rauschenbach; Hans Gängler (Hrsg.) 1992b, 25-60.
- Rauschenbach, Thomas; Hans Gängler (Hrsg.): Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Neuwied, Kriftel 1992.
- Rauschenbach, Thomas; Matthias Schilling: Das Ende der Fachlichkeit. In: Neue Praxis, 1997, H. 1, 22-54.
- Reiners, Hartmut: Was kostet, wer bezahlt „Gesundheit“? In: Franke, Alexa; Michael Broda (Hrsg.) 1993, 123-131.
- Robertz-Grossmann, Beate; Uwe Prümel-Philippsen: „Prävention“ statt „Gesundheitsförderung“. In: PÄD Forum 1996, H. 4, 342-348.
- Rose, Lotte: Mädchen in Bewegung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, H. 4, 85-86.*
- Rössner, Lutz: Theorie der Sozialarbeit. München, Basel 1973.
- Roth, Erwin (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Methoden. 4. Aufl. München u.a. 1995.
- Roth, Heinrich: Die realistische Wendung in der pädagogischen Forschung. In: Neue Sammlung 1962, 481-490.
- Roth, Jürgen: Wohnungsnot. In: Sozialmagazin 1981, H. 1, 25-39.*
- Sachße, Christoph: Mütterlichkeit als Beruf. Frankfurt a. Main 1986.
- Sachße, Christoph; Florian Tennstedt: Über den Zusammenhang von Armut und Staat. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 1980, H. 9, 329-338.
- Sachße; Christoph; Florian Tennstedt (Hrsg.): Soziale Sicherheit und

soziale Disziplinierung. Frankfurt a. Main 1986.

Sachtleben, Stefan: Der Begriff „Gesundheit“ und sein Zusammenhang mit der zeitgenössischen Medizin. Regensburg 1992.

Sachverständigenkommission 8. Jugendbericht (Hrsg.): Jugendhilfe - Historischer Rückblick und neuere Entwicklungen. Weinheim, München 1990.

*Savitzky, Adolf: Gesundheitserziehung im Kinderheim. In: Unsere Jugend 1977, H. 3, 123-124.*

Schaefer, Gerhard: Gesundheit - Vorstellungen in verschiedenen Kulturen. In: Gropengiesser, Ilka; Volker Schneider (Hrsg.) 1990, 10-13.

Schelsky, Helmut: Auf der Suche nach der Wirklichkeit. München 1979.

Schelsky, Helmut: Die Bedeutung des Klassenbegriffs für die Analyse unserer Gesellschaft. In: Schelsky, Helmut 1979, 254-267.

Schetsche, Michael: Das „sexuell gefährdete Kind“. Pfaffenweiler 1993.

Schipperges, Heinrich: Das Bild der Gesundheit im Spiegel der Geschichte. In: Gropengiesser, Ilka; Volker Schneider (Hrsg.) 1990, 14-16.

Schmidbauer, Wolfgang: Jetzt haben, später zahlen. Reinbek b. Hamburg 1996.

*Schmidt, Roland: Die Sozialarbeit ist der Verlierer bei der Pflegeversicherung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, H. 1-2, 25-26.*

Schmidt, Siegfried J.: Kognition und Gesellschaft. Frankfurt a. Main 1992.

Schmid, Thomas (Hrsg.): Neue Perspektiven auf das Gemeinwesen. Berlin 1988.

Schönpflug, Wolfgang: Bericht über den 36. Kongreß der DGfP in Berlin 1988. Bd. 2. Göttingen 1989.

*Schorneck, Diethelm; Ingolf Droste; Martin Klaas; Claudia Pohle: Gesundheitserziehung im Kinderheim. In: Unsere Jugend 1993, H. 8, 346-350.*

Schulze, Gerhard: Die Erlebnisgesellschaft. Frankfurt a. Main u.a. 1992.

Schütze, Fritz: Kognitive Anforderungen an das Adressatendilemma in der professionellen Fallanalyse der Sozialarbeit. In: Jakob, Gisela; Hans-Jürgen v. Wensierski (Hrsg.) 1997, 39-60.

- Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen 1990.
- Selbsthilfezentrum München (Hrsg.): Zurück in die Zukunft. München 1988.
- Seidel-Pielen, Eberhard: "Wir müßten mal auf den Putz hauen ...". In: Sozialmagazin 1989, H. 2, 40-45.*
- Simon, Fritz B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg 1990.
- Simon, Fritz B.: Die andere Seite der Gesundheit. Heidelberg 1995.
- Skiba, Ernst-Günther: Der Sozialarbeiter in der gegenwärtigen Gesellschaft. Weinheim u.a. 1969.
- Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart 1979.
- Somogyi, Pia: Das Transpersonale ist zentral. In: Psychoscope 1994, H. 4, 4-7.
- Spelsberg, Gerd: Die Bleikinder von Stollberg. In: Sozialmagazin 1981, H. 11, 20-22.*
- Spöhring, Walter: Qualitative Sozialforschung. Stuttgart 1989.
- Stark, Wolfgang (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg i. Breisgau 1989.
- Stark, Wolfgang: Prävention als Gestaltung von Lebensräumen. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.) 1989, 11-37.
- Stark, Wolfgang: Empowerment. Freiburg i. Breisgau 1996.
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe S. 2, Ausgaben für Gesundheit. Wiesbaden 1998.
- Strauss, Anselm L.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München 1991.
- Synowzik, Siegfried: Lernprozesse in der Konsumgesellschaft. Frankfurt a. Main 1990.
- Thiersch, Hans: Das sozialpädagogische Jahrhundert. In: Rauschenbach, Thomas; Hans Gängler (Hrsg.) 1992, 9-23.
- Thiersch, Hans: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Weinheim, München 1986.

- Thole, Werner: Sozialpädagogik an zwei Orten. In: Krüger, Heinz-Hermann; Thomas Rauschenbach (Hrsg.) 1994, 253-274.
- Thomas, Jürgen: Selbsthilfegruppen - eine notwendige Selbstverständlichkeit. In: Sozialmagazin 1981, H. 12, 64.*
- Timm, Wolfgang: Ansätze für ein „soziales Gesundheitswesen“. In: Neue Praxis 1980, H. 2, 208-224.
- Trabert, Gerhard: Die Gesundheitssituation von alleinstehenden wohnungslosen Menschen. In: Sozialmagazin 1995, H. 7-8, 70-75.*
- Treibel, Annette: Einführung in die soziologischen Theorien der Gegenwart. Opladen 1993.
- Trojan, Alf (Hrsg.): Wissen ist Macht. Frankfurt a. Main 1986.
- Trojan, Alf: Ohnmacht kränkt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1993, H. 2, 58-61.*
- Trojan, Alf; Christiane Deneke; Jörn-Uwe Behrendt; Ralf Itzwerth: Die Ohnmacht ist nicht total. In: Trojan, Alf (Hrsg.) 1986, 12-85.
- Trojan, Alf; Helmut Hildebrandt: Kommunale Politik und Öffentliche Gesundheit. In: Deppe, Hans-Ulrich; Hannes Friedrich; Rainer Müller (Hrsg.) 1991, 103-123.
- Trojan, Alf; Helmut Hildebrandt; Michael Faltis; Christiane Deneke: Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. In: Keupp, Heiner; Bernd Röhrle (Hrsg.) 1987, 294-317.
- Vahsen, Friedhelm G.: Paradigmenwechsel in der Sozialpädagogik. Bielefeld 1992.
- Vilmar, Fritz; Brigitte Runge: Auf dem Weg zur Selbsthilfegesellschaft? Essen 1986.
- Vormann, Gernot: Nachsorge in der sozialen Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1987, H. 3, 67-69.*
- Wagner, Helmut: Der Arzt als Sozialarbeiter. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, H. 4, 85-87.*
- Waller, Heiko: Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Neue Praxis 1987, H. 3, 201-209.*
- Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft. 2. Aufl. Stuttgart 1996.

Waller, Heiko; Ulrich Laaser; Günther Wendt: Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit. In: *Neue Praxis* 1989, H. 3, 205-221.

Welsch, Wolfgang: *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim 1987.

Wendt, Wolf R.: "In Ruhe toben können." In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 1977a, H. 10, 246-249.

Wendt, Wolf R.: *Erziehung von Leib und Seele*. In: *Unsere Jugend* 1977b, H. 2, 56-62.

Wendt, Wolf R.: *Heilung durch Sozialpädagogik?* In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 1977c, H. 4, 77-78.

Wendt, Wolf R.: *Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil*. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 1995, H. 10, 256-257.

WHO-Healthy Cities Project: *Promoting Health in the urban context*. Kopenhagen 1988.

Windaus-Walser, Karin: *Geschlechterfrage in der Sozialen Arbeit*. In: *Neue Praxis* 1991, H. 2, 138-392.

Winkelvoß, Heide; Ralf Itzwerth; Alf Trojan: *Zur Definition und Verbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen*. In: Kickbusch, Ilona; Alf Trojan (Hrsg.) 1981, 133-138.

Winkler, Michael: *Eine Theorie der Sozialpädagogik*. Stuttgart 1988.

Winkler, Michael: *Modernisierungsrisiken*. In: Rauschenbach, Thomas, Hans Gängler (Hrsg.) 1992, 61-80.

Winkler, Michael: *Hat die Sozialpädagogik Klassiker?* In: *Neue Praxis* 1993, H. 3, 171-185.

Winkler, Michael: *Die Lust am Untergang*. In: *Neue Praxis* 1997, H. 1, 54-67.

Zeiler, Detlef: *Älterwerden in der Mediengesellschaft*. Köln 1989.

Zeller, Susanne: *Volksmütter*. Düsseldorf 1987.

Zeller, Susanne: *Geschichte der Sozialarbeit als Beruf*. Pfaffenweiler 1994.

Hiermit erkläre ich, daß die vorliegende Dissertation von mir ohne fremde Hilfe angefertigt wurde. Sämtliche verwendete Literatur wurde im Inhaltsverzeichnis aufgeführt; wörtliche Zitate sind gekennzeichnet.

gez. Thomas Schwarz

Dortmund, im August 1999



## **Lebenslauf**

Name: Thomas Schwarz  
geboren am: 11. März 1964  
in: Braunschweig

### **Schul- und Hochschulbildung**

1970 – 1974	Grundschule Pestalozzistr. in Braunschweig
1974 – 1976	Orientierungsstufe Blasiusstr. in. Braunschweig
1976 – 1980	Realschule Maschstr. in Braunschweig Abschluß: Erweiterter Realschulabschluß
1980 – 1984	Lessinggymnasium in Braunschweig. Abschluß: Abitur
1986 – 1993	Pädagogikstudium mit der Fachrichtung Sozialar- beitswissenschaft an der Technischen Universität Braunschweig Abschluß: Diplom

### **Zivildienst**

1984 - 1986	Zivildienst in den Neuerkeröder Anstalten
-------------	---

### **Berufstätigkeit**

1986	Pädagogischer Mitarbeiter in den Neuerkeröder An- stalten
1989	Pädagogischer Mitarbeiter im Caritas-Kinder- und Jugendkurheim Langeoog
1990 – 1993	Nebenberuflicher Dozent an der Volkshochschule Braunschweig, Fachbereich Wirtschaft und EDV
1994 – 1999	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Schulpädagogik der Technischen Universität Braun- schweig

Die Diskussion über Gesundheit in der Sozialpädagogik  
unter dem Aspekt des Konzeptes der Risikogesellschaft

**Anhang**

Von dem Erziehungswissenschaftlichen Fachbereich  
der Technischen Universität Braunschweig  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Philosophie  
– Dr. phil. –  
genehmigte Dissertation von  
Thomas Schwarz  
geboren am 11. März 1964 in Braunschweig.

Erstreferentin: Frau Prof. Dr. Hanna Kiper

Koreferent: Herr Prof. Dr. Karl Neumann

Koreferent: Herr Prof. Dr. Hein Retter

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Juli 1999

## Anhang

In den methodologischen Vorüberlegungen (vgl. 5) wurde die Notwendigkeit der genauen Dokumentation eines qualitativen Forschungsprozesses betont. Diese Dokumentation soll mit dem folgenden Anhang gewährleistet werden. Hier erscheinen die Texte, die Zusammenfassung der Texte und die Paraphrasen aufgelistet. Der Aufbau gliedert sich wie folgt:

1	Liste der analysierten Texte .....	316
2	Zusammenfassungen und erste Paraphrasierung aller ausgewählten Texte .....	322
3	Auflistung der Paraphrasen.....	494
3.1	Kategorisierung nach Entstehungszeitpunkt.....	506
3.2	Kategorisierung nach inhaltlichen Qualitäten .....	512
3.3	Paraphrasen, der in den Abschnitten 9.1 - 9.3 darge- stellten Diskurse .....	518

## 1 Liste der analysierten Texte

In der folgenden Liste sind die Zeitschriftenbeiträge aufgeführt, die ich zur Inhaltsanalyse verwendet habe. Die Anordnung ist *nicht alphabetisch*. Die einzelnen Aufsätzen habe ich aus forschungspraktischen Gründen mit fortlaufenden Ziffern versehen. Diese Ziffern bestimmen die Gestaltung der folgenden Liste. Diese Ziffern sind mit denen in der Liste der Paraphrasen identisch. Eine Erläuterung erfolgt dort.

004

Maier, Erne: Weiterhin sinkende Kinder- und Jugendsterblichkeit. In: Unsere Jugend 1985, 11, 443 - 448

009

Windaus-Walser, Karin: Geschlechterfrage in der Sozialen Arbeit. In: Neue Praxis 1991, 2, 138 - 392

019

Franzkowiak, Peter: Jugend, Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: Neue Praxis 1987, 3, 210 - 225

022

Waller, Heiko: Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Neue Praxis 1987, 3, 201 - 209

023

Dießenbacher, Hartmut: Gibt es einen gesundheitspolitischen Gerontozid? In: Neue Praxis 1987, 3, 257 - 265

026

Waller, Heiko; Ulrich Laaser & Günther Wendt: Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit. In: Neue Praxis 1989, 3, 205 - 221

029

Trabert, Gerhard: Die Gesundheitssituation von alleinstehenden wohnungslosen Menschen. In: Sozialmagazin 1995, 7-8, 70 -75

045

Kühl, Wolfgang: Selbsthilfegruppen - Modeerscheinung oder Korrektiv eines verfehlten Professionalisierungskurses der Sozialpädagogik? In: Neue Praxis 1983, 1, 37 - 45

046

Franzkowiak, Peter & Peter Wenzel: Risiko und Verschwendung. In: Neue Praxis 1983, 4, 390 - 402

063

König, Renate & Klaus Dieter Müller: Für eine Revision der Ernährungserziehung im Kindergarten. In: Unsere Jugend 1991, 1, 38 - 45

066

Schorneck, Diethelm; Ingolf Droste, Martin Klaas & Claudia Pohle: Gesundheitserziehung im Kinderheim. In: Unsere Jugend 1993, 8, 346 - 350  
1993

073

Rabe, Peter: Berufsfeld: Krankheit. In: Sozialmagazin 1985, 7-8, 48 - 56

083

Roth, Jürgen: Wohnungsnot. In: Sozialmagazin 1981, 1, 25 -39

092

Spelsberg, Gerd: Die Bleikinder von Stollberg. In: Sozialmagazin 1981, 11, 20 - 22

094

Puhl, Ria: Die Gefahren der modernen Medizin für die Gesundheit. In: Sozialmagazin 1981, 11, 68 - 69

096

Thomas, Jürgen: Selbsthilfegruppen - eine notwendige Selbstverständlichkeit. In: Sozialmagazin 1981, 12, 64

097

Maier, Erne: Ein Bericht von der Konferenz der Gesundheitsminister. In: Unsere Jugend 1983, 1, 30 - 31

099

Feld, Edmund: Fluoridhaltige Tabletten für Kindergartenkinder. In: Unsere Jugend 1983, 4, 172 - 173

100

Maier, Erne: Zur Kinderschuh-Versorgung. In: Unsere Jugend 1981, 2, 82 - 83

101

Andriessens, Elsa: Der falsch verstandene Therapiebegriff. In: Unsere Jugend 1981, 7, 323 - 325

102

Menara, Dora: Die psychosoziale Situation des Pflegekindes im Span-

nungsfeld zwischen leiblichen Eltern. In: Unsere Jugend 1981, 10, 435 - 437

144

Gunther, Eckart P.: Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Sozialmagazin 1991, 7-8, 89 - 91

145

Hargens, Jürgen: Frankreich - Zuviel Krankenschwestern? In: Sozialmagazin 1991, 1, 60 - 62

151

Hollenbach, Michael: Gentechnik. In: Sozialmagazin: 1989, 6, 56 - 58

154

Mürner, Christian: Eugenik. In: Sozialmagazin 1989, 11, 14 - 18

157

Seidel-Pielen, Eberhard: "Wir müßten mal auf den Putz hauen ...". In: Sozialmagazin 1989, 2, 40 - 45

161

Lademann, Bodo-Gerd: Wie unsere Kinder wohnen. In: Unsere Jugend 1975, 2, 60 - 67

162

Maier, Erne: Fragen zum Kinderfuß und Kinderschuh 1974. In: Unsere Jugend 1975, 1, 14 - 22

166

Mehringer, Rainer: Überfüttert, überfordert, allein gelassen. In: Unsere Jugend 1977, 6, 241 - 249

167

Wendt, Wolf Rainer: Erziehung von Leib und Seele. In: Unsere Jugend 1977, 2, 56 - 62

168

Mehringer, Andreas: "Kranke Kinder dürfen keine Zeit haben, gesund zu werden". In: Unsere Jugend 1977, 1, 23 - 25

170

Savitzky, Adolf: Gesundheitserziehung im Kinderheim. In: Unsere Jugend 1977, 3, 123 -124

173

Marzahn, Christian: Körpererziehung in China. In: Sozialmagazin 1979, 8, 63 - 67 u. 9, 50 - 59.

179

Bergmann, Klaus & Hans Prümper: Hat Peter H. noch eine Chance? In: Sozialmagazin 1977, 8, 44 - 49

180

Wendt, Wolf Rainer: Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 10, 256 - 257

181

Rose, Lotte: Mädchen in Bewegung. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 4, 85 - 86

182

Mühlum, Albert: Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitsförderung. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 4, 94-95

183

Metzger, Sibylle: Menschen unterstützen, Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 1+2, 19-22

184

Hinze, Uwe: Handeln oder behandelt werden. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 1+2, 23-24

185

Schmidt, Roland: Die Sozialarbeit ist der Verlierer bei der Pflegeversicherung. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1995, 1+2, 25-26

186

Mühlum, Albert: Sozialarbeit im Gesundheitsamt. Blätter d. Wohlfahrtspflege 1+2, 32-33

195

Trojan, Alf: Ohnmacht kränkt. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1993, 2, 58-61

196

Hinze, Klaus; Klaus-Peter Krahel & Christine Lipp-Peetz: Gesundheit lustvoll erleben. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1993, 3, 126-128

216

Hutter, Adalbert: Gesundheitsförderung durch Psychotherapie und Beratung. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1991, 1, 22-24

217

Esser, Peter: Krankheit und Beratung. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1991, 1, 24 -25

218

Forum Chronisch Kranker und Behinderter: "Das Risiko 'Krankheit' darf nicht weiter privatisiert werden." In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1991, 2, 56-57

220

Garms-Homolová, Vjenka: Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1989, 7-8, 180-182

221

Niemann, Peter: Gesundheitsreform und Sozialhilfe. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1989, 7-8, 204-206

222

Vormann, Gernot: Nachsorge in der sozialen Arbeit. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1987, 3, 67-69

229

Ebel, Helga: Leben mit Krebs. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1987, 3, 83-84a

230

Linzbach, Moritz: Das Arzt-Patientenverhältnis. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1985, 4, 89-91

257

Kalmbach, Fridl: Was sind Langzeitkranke? In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 75-77

258

Wendt, Wolf Rainer: Heilung durch Sozialpädagogik? In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 77-78

259

Breu, Karl: Macht uns die Tuberkulose heute noch Not? In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 79-82

260

Kroner, Karl-Heinz & Stefan Willer: Multiple-Sklerose-Kranke in Franken. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 82-84

261

Kuchler, Frieda & Peter Kuchler: Ein gelungenes Experiment. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 84-85

262

Wagner, Helmut: Der Arzt als Sozialarbeiter. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 85-87



263

Blumhardt, Erika, Jutta Fröhlich: Langzeitkranke und Gemeindekrankepflege. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 88-89

264

Herrmann, J.: Das französische Gesundheits- und Sozialsystem. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 89-91

265

Biernath, Gerda: Sozialarbeit als Lebenshilfe. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 92-93

266

Biernath, Gerda: Für die Klienten ein Partner. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 93-94

267

Rahner, Wolfgang: Sozialer Dienst im Krankenhaus. In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 4, 96

268

Wendt, Wolf Rainer: "In Ruhe toben können." In: Blätter d. Wohlfahrtspflege 1977, 10, 246-249

## **2 Zusammenfassungen und erste Paraphrasierung aller ausgewählten Texte**

Im folgenden Abschnitt befinden sich die schriftlichen Zusammenfassungen aller analysierten Zeitschriftenbeiträge. Dabei bin ich folgendermaßen vorgegangen: Zunächst habe ich die Texte gelesen und dabei handschriftliche Notizen gemacht (diese sind leider nicht mehr dokumentierbar, da sie z.T. vernichtet wurden oder unleserlich sind). Hier unternahm ich bereits den Versuch, die einzelnen Absätze in den Texten zu paraphrasieren bzw. in eigenen Worten zusammenzufassen. Danach habe ich die Texte noch einmal absatzweise studiert und mit Hilfe der handschriftlichen Aufzeichnungen jeden Absatz zusammengefaßt und paraphrasiert.

Hinweise zu den Zusammenfassungen:

In der Kopfzeile der nachfolgenden Texte befindet sich zunächst die zugehörige Ziffer, wie sie bereits aus der Liste der untersuchten Zeitschriftenbeiträge bekannt ist. Danach folgen die bibliographischen Angaben.

Die Nummern im Text bezeichnen die einzelnen Absätze. Überschriften aus den Originaltexten habe ich übernommen, *kursiv* gesetzt und in die gleiche Zeile wie die Absatznummern geschrieben.

Schaubilder, Tabellen, Abbildungen u.ä. in den Originaltexten blieben unberücksichtigt. Soweit die Autoren darauf Bezug nehmen, habe ich die Aussagen übernommen und in eckige Klammern [ ] gesetzt. Beispiel: [Daten: Rückgang der Säuglingssterblichkeit]. Hier hat der Autor im Originaltext Statistiken erläutert, aus denen ein Rückgang der Sterblichkeitsrate hervorgeht.

Wird in den Originaltexten ein Zitat angeführt, erscheint auch dies zusammengefaßt und paraphrasiert. In einigen Fällen wurde von den Autoren ein Zitat verwendet, um bereits bekannte und erläuterte Zusammenhänge zu verdeutlichen. War dies der Fall, habe ich den Hinweis

[Zitat] eingefügt.

In den Originaltexten wird nicht in jedem Absatz etwas Neues ausgesagt. Einzelne Absätze dienen aus Stil- und Verständnisgründen der Überleitung, Zusammenfassung usw. Sofern ich diese erkannt bzw. zu erkennen geglaubt habe, versuchte ich, diese Redundanzen zu vermeiden. In den zusammenfassenden Texten befinden sich dann wiederholt Hinweise in eckigen Klammern. Etwa: [Überleitung], [Zusammenfassung des Bisherigen] usw.

Bei der ersten Durchsicht der Texte habe ich die einzelnen Absätze numeriert. Dabei kam es mitunter zu Problemen: Bei der nachfolgenden intensiven Analyse stellte ich fest, daß ich einzelne Absätze „übersehen“ hatte. Diese sind zusätzlich durch Buchstaben gekennzeichnet. Es ist also möglich, daß in einem Text ein Absatz mit der Nummer 11 existiert und der nächste mit der Nummer 11a versehen ist.

**Erne Maier: Weiterhin sinkende Kinder- und Jugendsterblichkeit**

---

1.

Der Trend sinkender Kinder- und Jugendsterblichkeit setzt sich fort.

*2. Rückgang der Säuglingssterblichkeit*

Die Säuglingssterblichkeit liegt 1984 unter 4%. Wir erreichen skandinavische Zahlen, die international die niedrigsten sind. Die BRD schneidet besser ab als in der Vergangenheit. Noch 1970 war die Sterblichkeit so hoch wie in den Mittelmeerstaaten. Ein Wandel ist eingetreten, der kein Zufall ist.

*3. Senkung der Behindertenzahlen*

Durch die Senkung der Säuglingssterblichkeit wird auch die Anzahl der Behinderungen gesenkt. Perinatale Schädigungen gehen zurück. Qualifizierte Untersuchungen werden in Baden-Württemberg durchgeführt. Die Faktoren zur Schädigung haben abgenommen.

4.

Fortschritte haben nicht nur zur Senkung der Sterbezahlen, sondern auch zur Senkung der Behindertenzahlen geführt. Dies ist wenig bekannt.

*5. Große regionale Unterschiede*

Weitere Senkungen sind wahrscheinlich. Skandinavische Länder haben die Grenze des Möglichen erreicht. Regionale Unterschiede sollen ausgeglichen werden. Die Leistungsfähigkeiten der Bundesländer müssen erkannt und ausgeglichen werden. Ein Bündel von Maßnahmen ist erforderlich. Perinatal-Studie sind wichtig. Alle beteiligten Berufsgruppen müssen die einzelnen Todesfälle untersuchen. Kooperation ist wichtig. Wo Erfolge ausbleiben, muß gelernt werden. [Beispiel: Bayern]

*6. Kindersterblichkeit*

Zum besseren internationalen Vergleich werden bestimmte Altersklassen definiert.

7.

Kleinkinder: 1>5 Jahre, Schulkinder: 5>10 Jahre, ältere Schulkinder 10>15 Jahre, Jugendliche 15>20 Jahre, junge Erwachsene 20>25 Jahre.

8.

Sterbezahlen werden nach Geschlecht getrennt. Das männliche Geschlecht hat eine höhere Sterberate (Übersterblichkeit).

9.

Es wird nach absoluten Zahlen und Verhältniszahlen getrennt.

10.

Die absolute Zahl hängt nicht nur von den Todesursachen, sondern auch von der Grundgesamtheit ab.

11.

International wird mit Verhältniszahlen operiert. Säuglingssterblichkeit wird je 1.000 Lebendgeborene gerechnet, Kinder- und Jugendsterblichkeit je 100.000 Personen.

12.

Wegen des Rückgangs der Kinderzahlen scheint der Rückgang der absoluten Zahlen größer als die Verhältniszahlen. [Beispiel]

13.

[Zahlen: Rückgang bei Schulkindern]

14.

[Zahlen: Drastischer Rückgang bei älteren Schulkindern] Die 10-15jährigen weisen die niedrigste Sterblichkeit auf.

15.

Ein Vergleich der Verhältniszahlen ist klarer. [Zahlen: Rückgang der Sterbezahlen bei Kleinkindern]

16.

[Zahlen: Rückgang bei Schulkindern]

17.

Durch den Rückgang der Sterbezahlen wird der Tod eines Kindes als tragisch empfunden, da es nicht mehr als schicksalhaft gilt, sondern Eltern nach eigenem Versagen suchen.

18.

Todesursachen sollen im Verhältnis zum Rückgang der Sterbezahlen betrachtet werden.

19. *Jugendsterblichkeit*

Hier sind die Sterbezahlen höher als bei Kindern. [Zahlen: Rückgang der Sterbezahlen]

20.

[Zahlen: Rückgang der Sterblichkeit bei jungen Erwachsenen]. Auch hier ist der Rückgang eindrucksvoll.

#### 20A. Todesursachen

Drei Blöcke von Ursachen können aufgegliedert werden: Krankheiten, Unfälle und sonstige Gewaltanwendungen. Bei Krankheiten und Unfällen ist ein Rückgang zu verzeichnen. Erfolge gibt es auf dem Gebiet der Unfallverhütung, des Verletztentransports und der Behandlung.

21.  
[Überleitung]

22.  
Krankheiten sind bei Kindern häufiger die Ursache als Unfälle. [Zahlen]

23.  
Bei jüngeren Schulkindern ändert sich das Bild. [Zahlen]

24.  
Bei älteren Schulkindern, Jugendlichen und Erwachsenen kommt Selbsttötung als Ursache hinzu. [Zahlen]

25.  
Bei Mädchen und jungen Frauen ist die Rate dieser Ursache hoch. Von einer Dunkelziffer muß ausgegangen werden. [Zahlen]

26.  
Bei älteren Schulkindern ist die Zahl der Tode durch Krankheiten und Unfall ausgeglichen, schwankt jedoch nach Geschlecht.

27.  
Bei Jugendlichen ist Unfall die Hauptursache. [Zahlen: KFZ-Unfälle]

28.  
Insgesamt ist ein Rückgang zu verzeichnen.

29.  
[Zahlen: Todesfälle nach Krankheiten und Unfällen bei 10-15jährigen]

30.  
[Zahlen: Todesfälle nach Krankheiten bei Jugendlichen]

31.  
[Zahlen: Todesfälle nach Unfällen bei Jugendlichen]

#### 32. Rückgang der Krebstodesfälle

Die Anzahl der Krebstoten nimmt in allen Altersklassen ab. Die Heilungschancen steigen. Die Heilungsrate liegt bei 70-90%.

33.  
[Zahlen: Rückgang der Krebstoten bei 15-20jährigen]

34. *Tod an KFZ-Unfällen*

Die Anzahl der KFZ-Toten ist stetig zurückgegangen, aber noch nicht genug. Weitere Fortschritte müssen gemacht werden. Bald ist es möglich, Aussagen über erfolgreiche Maßnahmen zu machen.

35.

[Zahlen: KFZ-Tote bei 15-20jährigen]

36. *Selbsttötung und Selbstbeschädigung*

Der Rückgang ist nicht so ausgeprägt und kontinuierlich wie bei Krankheiten und Unfällen. Ein vorsichtiger Vergleich ist angebracht.

37.

Es werden nur Durchschnittszahlen angegeben.

38.

[Zahlen: Absolute und Verhältniszahlen von Schulkindern bis Jugendlichen]

39.

Höhere Zahlen finden sich bei jungen Erwachsenen. [Zahlen]

40. *Schlußfolgerungen*

Die Anzahl der Sterbefälle ist zurückgegangen.

41.

Erfolge kamen durch bessere Vorbeugung und Versorgung.

42.

Die Anzahl der Krankheitstoten gegenüber Unfalltoten verschiebt sich mit zunehmenden Alter. [Zahlen von Krankheitstoten]

43.

[Zahlen von Unfalltoten]

44.

Die Selbsttötungen sind weniger zurückgegangen. [Zahlen nach Altersgruppen]

45.

Eine weitere Senkung der Krankheitstoten darf erwartet werden.

46.

Quantitative Erfolge kann nur eine Senkung der Selbsttötungen bringen. Todesursachen liegen heute mehr im Verhalten der Personen, als in Krankheiten.

47.

Die Senkung der Sterblichkeit hebt Einzelfälle hervor, und stellt die Frage

nach der Verantwortung.

48.

Die sinkende Sterblichkeit führt zu einer ansteigenden Lebenserwartung. Die Prognosen zur Zunahme der Altenbevölkerung müssen korrigiert werden.



1.

Die Geschlechterdifferenz wird in vielen Bereichen thematisiert. In der Sozialarbeit bestimmte die Geschlechterfrage auch die beginnende Herausbildung der Sozialberufe. Im Aufbruch der sechziger Jahre wurde diese vergessen, später von der feministischen Bewegung wieder aufgegriffen. Der von den Männern geschlechtsneutral geführte Diskurs nahm diese Diskussionen nicht auf. Das Verschwinden der Geschlechterfrage aus dem Diskurs führt einerseits zur Verdinglichung und Abstraktion männlicher Theorie- und Methodendiskussion, andererseits zu Selbstidealisation, Pathologisierung und Entsubjektivierung des Weiblichen. Beide Sichtweisen reflektieren die Vergangenheit nicht. Eine Reintegration der Geschlechterfrage in den allgemeinen Diskurs kann gewinnbringend sein.

*2. Stationen der Geschlechtsneutralisierung des allgemeinen Diskurses in der sozialen Arbeit und Entsubjektivierung des Weiblichen im feministischen Diskurs*

Im Ausbau der sozialen Arbeit zum Beruf sollte der weibliche Einfluß auf die Gesellschaft deutlich gemacht werden. Soziale Arbeit sollte zu einer „Gegen-Öffentlichkeit“ zum „öffentlichen Raum als Männer-Bund“ etabliert werden. Die von männlicher Rationalität verursachte Rückseite der Modernisierung wurde zur Domäne der Frau. Die Praxis der sozialen Arbeit ist bis heute von Frauen dominiert. Führende Positionen von Männern. Die männliche Linie der Sozialpädagogik, die aus der Jugendbewegung erwuchs, war Gegenbewegung zum weiblichen Erziehungsmonopol.

3.

„Geistige Mütterlichkeit“ war das Stichwort, das die soziale Arbeit mit Frauen verband. Diese Idee wurde von Männern geteilt. Frauen konnten so z.T. das Soziale besetzen. Die Anpassung der Individuen an die Erfordernisse der Moderne wurde zu einem überwiegend weiblichen Geschäft.

4.

Der Nationalsozialismus führte die Idee ad absurdum. Die „geistige Mütterlichkeit“ war kein Hort von Humanität. Das Geschlecht war keine Variable, die ausschlaggebend für den Widerstand gegen den Nationalsozialismus führte. Soziale Arbeit als geschlechtsspezifische Theorie und Praxis war gescheitert. Dies ist bis heute nicht thematisiert.

5.

Das Scheitern wurde durch Methodenimport aus den USA kompensiert.

Demokratische Umerziehung sollte durch „Gemeinwesenarbeit“ erreicht werden.

6.

Die Theoriediskussion war nun geschlechtsneutral. Thema war nicht mehr die Funktion des Geschlechts für das Soziale, sondern die Funktion der sozialen Arbeit für die Gesellschaft. Professionalisierung sollte die karitative „Flickschusterei“ überwinden. Menschliche Beziehungen wurden soziologisiert. Caritas und Fürsorge wurde der emanzipative Charakter mit Hinweis auf den Nationalsozialismus abgesprochen. Nun wurde gelehrt: Alles ist gesellschaftlich bedingt. Während Nationalsozialisten das Individuum als Produkt der Biologie sahen, waren nun alle Produkte der Gesellschaft. Beide Komplexe sind Versuche, die Brüche der Moderne zuzuschütten.

7.

Die Kontroversen: Einzelfallhilfe vs. Änderung gesellschaftlicher Strukturen und materielle vs. psychische Hilfe können als „weibliche“ bzw. „männliche“ Hilfe bezeichnet werden. Ausgrenzung und sozialtechnologischer Zugriff wird als „weibliche“ Variante gesehen, Emanzipation als „männliche“ Variante. Das Scheitern des Sozialismus bricht mit den latenten Schuldzuweisungen an das weibliche Geschlecht. Ausgrenzung kam historisch stets in einer weiblichen und in einer männlichen Variante vor.

8.

Die Dimension „Geschlecht“ im Diskurs wurde von Frauen aufgegriffen. Frauen sollten in der sozialen Arbeit wieder sichtbar gemacht werden. Die (Mütterlichkeits-)Ideologien wurden unter dem Aspekt der Ausbeutbarkeit gesehen. Eine Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus fehlte auch hier. Ein neuer Opfermythos wurde kreiert: Frauen seien Opfer der Männer.

9.

Im allgemeinen Diskurs wird das Geschlecht negiert. Im feministischen Diskurs wird allein Männern Einfluß auf das Soziale zugeschrieben. In beiden Diskursen zeigen sich Arroganz und unreflektierte Ressentiments gegenüber dem anderen Geschlecht.

10.

Männliche Arroganz ignoriert die Frauenforschung und fördert den Glauben, Männlichkeit und Interesse an Strukturveränderung bürge für „mehr Professionalität“. Weibliche Arroganz leugnet den eigenen Anteil an sozialen Problemen und bürge für Qualität in der sozialen Arbeit. Beide sollten das Scheitern der Utopien eingestehen und in einem neuen Diskurs thematisieren.

11.

Der weibliche Diskurs über das Geschlecht ist für viele Arbeitsfelder

fruchtbar, da geschlechtsspezifische Fragestellungen entwickelt wurden.  
[Überleitung: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen]

*12. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen als Beispiel: Verdinglichung und Inhaltsleere der „allgemeinen“ Diskussion um Methode und Konzepte und Pathologisierung*

„Gesundheit für alle“ ist Chiffre für den Zustand eines sozialen und individuellen Zustand der Vollkommenheit. Gesundheit hat den Sozialismus als Utopie abgelöst. Die Debatten sind Verdinglichung: [Zitat] Verdinglichung tritt ein, wenn ein Begriff nicht mehr die Funktionsweisen des Menschen beschreibt, sondern zu einem realen Vorgang wird. Gesundheit wird zu einem Ding, der Mensch zu seinem Anhängsel.

13.

Dies soll demonstriert werden an der „Lebenslagenorientierung“, wobei gleichzeitig der reduktionistische Umgang mit dem Geschlecht deutlich wird.

14.

Konzepte der Gesundheitsdebatte gehen über das Kurieren von Krankheiten hinaus. Gesundheit ist aber als solche direkt nicht herstellbar. Belastende Einflüsse sollen reduziert werden, wobei die innere und äußere Umwelt der Individuen beachtet werden muß.

15.

Das Lebenslagenmodell besagt, daß Menschen in manchen Lebenslagen mehr oder weniger von Krankheit bedroht sind. Die Lebenslagen sind abstrakt formuliert. Das Geschlecht verkommt zum bloßen (Herz-)Risikofaktor.

16.

Die Dimension Geschlecht ist in der allgemeinen Debatte unbearbeitet.  
[Zitat]

17.

Im Zitat haben Frauen eine besondere Lebenslage, Männer hingegen nicht. Geschlecht und Sexualität werden zu instrumentalisierenden Gesundheitsvorstellungen. Das Aufwachsen und Bestehen in der Gesellschaft ist von Chancen und Krisen in einzelnen Lebensphasen geprägt. Krankheit / Gesundheit steht nicht in unserer Macht. Dies kommt im Gesundheitsdiskurs nicht vor. Individuen werden zu Anhängseln ihrer Lage.

18.

Das Lebenslagenmodell besagt, daß Krankheit / Gesundheit nicht durch das Leben des einzelnen bedingt ist, sondern durch die Lage. Durch das Verleugnen von Konflikten wird das Ziel der Gesundheit untergraben. Es wird nicht viel Neues dabei herauspringen.

19.

„Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit“ als Alternative zum medizinischen Modell ist abstrakt. Inhaltsleere Worthülsen müssen wie ein „ökosoziales Umfeld“ gefüllt werden. Nachdem der Kapitalismus als „krankmachender Faktor“ im Diskurs verloren hat, fehlt ein „kollektives Verständnis an sozialen Problemlagen“. In der neuen Debatte hätte die Dimension „Geschlecht“ eine zentrale Rolle.

20.

Frauen haben den Paradigmenwechsel in der Gesundheitsförderung maßgeblich initiiert. Die Grundidee, Frauen seien das von Krankheit besonders bedrohte Geschlecht, trägt nicht mehr. Mann- oder Frausein ist für sich ein Risiko, ohne daß von kränker oder „verrückter“ geredet werden kann. Frauen gehen mit Belastungen anders um als Männer.

21.

Das Frauen als besonders krankheitsbeladene Problemgruppe im Diskurs bezeichnet werden, paßt zum männlichen Ideal-Selbstbild. Die These von der Frau als krankem Geschlecht definiert Frauen als Opfer, und blendet die Macht von Frauen aus der Theoretisierung aus.

22.

Frauen befassen sich laut Diskurs mit der Krankheit von Männern, werden aber selbst nicht in Krankheit verwickelt. Werden Frauen trotzdem krank, hängt dies mit Erfahrungen mit männlichen und weiblichen Menschen zusammen.

23.

Beide Denkfiguren sollen unangenehme Aspekte des eigenen Geschlechts in das andere projizieren und illusionäre Hoffnungen an das weibliche Geschlecht knüpfen. Hieraus entstehen Problemlagen.

24.

Die bisherigen Denkfiguren führen in Sackgassen. Ein neuer Diskurs muß gefunden werden, der dem „Dialektik der Aufklärung“ folgt.

*25. Perspektiven einer Integration der Geschlechterfrage in den allgemeinen Diskurs von Sozialarbeit und Sozialpädagogik*  
[Zusammenfassung der bisherigen Argumentation]

26.

Nach dem Scheitern des Sozialismus, wird wie nach 1945 auf Methodenimport aus den USA gesetzt. Diesmal auf Kohlbergs „just-community-Ansatz“. Auch dieses Konzept ist geschlechtsneutral. Ein neuer Diskurs sollte jedoch das Scheitern der Utopie sozialer Mütterlichkeit und der Utopie des Sozialismus zum Gegenstand machen.

27.

Gerechtigkeit und Geschlecht gehören ins Zentrum der Debatte. Nur so

kann alles in der Gesellschaft von beiden Geschlechtern abhängen. Das Verhältnis der Geschlechter ist entscheidend.

28.

Das Verhältnis der Geschlechter ist kein Randphänomen. Die Debatte um einen neuen Diskurs darf nicht einseitig sein und muß versuchen, Extrempositionen zu vereinen.

29.

Geschlechtsneutrales debattieren drückt sich um einen wesentlichen Punkt herum. Eine „normativ anspruchsvolle“ Professionalisierung bedeutet auch Anerkennung und Solidarisierung im Geschlechterverhältnis.

30.

Eine Verlebendigung des Diskurses kann nicht erreicht werden, wenn die unterschiedlichen Risiken und Belastungen nicht verdinglicht werden, Phantasien über das eigene und andere Geschlecht müssen bearbeitet werden.

31.

Ein Dialog über die Geschlechtergrenzen hinweg muß eintreten. Eigene Blindheiten und die des anderen müssen aufgedeckt werden. Praktische Kooperation und gegenseitige Anerkennung ist wichtig.

32.

Es böten sich Möglichkeiten der Gestaltung gesundheitsfördernder Praxis innerhalb der Institutionen.

33.

Institutionen sind nicht männlich oder weiblich. Das Lebendige hängt vom Austausch zwischen den Geschlechtern ab. Die Behauptung, das eigene Geschlecht sei allein ausreichend und vollkommen, ist nicht sinnvoll. Weder für SozialarbeiterInnen noch für AdressatInnen.

34.

Es ist Zeit für einen Neuanfang.

*1. Eine veraltete Gesundheitsdefinition?*

Die Verfassung der WHO enthält eine Gesundheitsdefinition, die bis heute Kontroversen auslöst. Gesundheit soll dabei das vollständige Wohlbefinden des Menschen sein. Die Enge einer somatisierenden Objektivierung wird dadurch gebrochen, eine „Maschinentheorie des Lebens“ abgelehnt.

*2.*

Der menschliche Körper wird dadurch nicht von seiner Umwelt gelöst. Die WHO-Definition hat einen „ökologischen“ Grund in einer Ganzheitsvorstellung von Lebensgestaltung und Lebensqualität.

*3.*

Mediziner begreifen Gesundheit nur als Vorstufe von nicht diagnostizierter Krankheit. Die WHO-Definition ist für sie eine wenig faßbare Größe. Die Gesundheit wird aus biomedizinischer Sicht zum ständig gefährdeten Noch-Zustand. Gesundheit reduziert sich für die Ärzteschaft auf einen letztlich unzumutbaren Anspruch.

*4. Traditionelle Gesundheitserziehung und ihr Jugendbild*

Durch Schadensfixierung und Verhaltensdressur sind bei Jugendlichen keine Vorsorgeorientierungen zu verankern. Im Jugendalter gibt es keine eindeutigen Vorgaben für „gesunde Lebensführung“.

*5.*

Risikoverhalten stellt sich für Jugendliche anders dar. Gesundheitsgefährdendes Verhalten kann für Jugendliche auf vielfältige Weise funktionell sein. In der traditionellen Gesundheitserziehung werden jugendliche Motive als Widerstand interpretiert, der zu brechen ist.

*6.*

In den präventiven Leitvorstellungen wird nicht gesehen, daß sich Jugendliche mit Lebensrisiken auseinandersetzen. Das Bild, das Gesundheitserzieher von ihrer Zielgruppe haben, ist verzerrt. Drei Modelle sind zu nennen, die die Jugendforschung und -politik durchziehen: Krankheitsideologie, Abweichungskonzept und Opferperspektive.

*7.*

Das reduktionistische Gesundheitskonzept wird ergänzt durch ein defizitäres Bild von der Jugend. Neuere Erkenntnisse aus der Jugendforschung werden nicht zur Kenntnis genommen oder abqualifiziert. Das biomedizinische Konzept der Prävention verkürzt Jugend auf einen Zeitabschnitt.

#### 8. *Gesundheitskonzepte im Entwicklungsverlauf*

Jugendliche besitzen einen anderen Zeitrahmen und Aktionshorizont. Gesundheit ist für sie eine Selbstverständlichkeit. Diese wird jedoch mit zunehmenden Alter und in Teilgruppen brüchig. Gesundheit erfährt einen Bedeutungswandel.

9.

Beispiel: 15/16jährige Jungen und Mädchen definieren ihre Gesundheit über körperliche Leistungsfähigkeit. Zukunftskonzepte für Gesundheit fehlen. Die Kenntnisse über Gesundheit haben wenig Auswirkungen für das konkrete Handeln.

10.

Beispiel: Mit zunehmenden Alter erhält Gesundheit eine Mehrdimensionalität indem partnerschaftliches Glück Bedeutung erhält.

11.

Beispiel: In den Gesundheitsvorstellungen gibt es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern und dem sozialen Status. Der Frust der Gesundheitsfragen aus früheren Entwicklungsabschnitten wird überschattet durch Streß der sozialen Einbindungen in Alltagsbezügen und der wachsenden Selbstverantwortung.

11A.

Gesundheit und beginnende Beeinträchtigungen werden sowohl am somatisch-objektiven, wie am psychosozialen Maßstab gemessen. Beide Perspektiven decken sich nur teil- und zeitweise.

12.

Der Bedeutungswandel erklärt sich durch die fatalistische Umweltkritik älterer Heranwachsender. Formuliert wird ein individuelles und schutzloses Ausgeliefertsein gegenüber umweltbedingter Gesundheitsgefährdungen.

13.

Ältere Jugendliche sind in der Lage, zwischen eigener Befindlichkeit und Umwelteinflüssen zu erkennen und zu kommentieren. Die Unbekümmertheit des bisherigen Umgangs mit Gesundheitsressourcen verliert Jahr um Jahr an Bedeutung.

14.

Beispiel: Eine Sonderstellung nehmen männliche Auszubildende ein. Der Wandel zum vieldimensionalen Gesundheitsbild wird von ihnen nicht mitvollzogen. In ihrer kurzen Jugend bedeutet Gesundheit das „Hartmachen“ des Körpers. Gesunderhaltung basiert auf einem biomedizinischen Modell. In der Freizeit provoziert der alltägliche Arbeitsdruck eine Reizung des Körpers durch Risikoverhalten.

15. *Risikoverhalten und Lebensgestaltung*

Die männlichen Auszubildenden rebellieren durch subkulturelle Risiken gegen Arbeitsbelastungen und kompensieren sie zusätzlich. Risikoverhalten spiegelt die Gruppeninitiation und -integration Jugendlicher wider.

16.

Erfahrungen und Kompetenzen im Umgang mit Risiken zu gewinnen, ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe im Jugendalter.

17.

Die langfristig schädlichen Verhaltensweisen haben im jugendlichen Gesundheitsbewußtsein andere Qualitäten. Sie sind legitime „Mittel zum Zweck“. Beispiel: Tabak und Alkohol.

18.

Es wäre ein Rückfall in die traditionellen Jugend-Zerrspiegel, die Risiko-praxis zu pathologisieren. Jugendliche verhalten sich durch Vollzug von Risikoverhalten subjektiv „vernünftig“. Dieses Verhalten wird von Bezugsgruppen und -kulturen gefordert.

19.

Rauchen und Alkoholkonsum signalisieren nach der Shell-Studie '85 die Bereitschaft, Erwachsenenrollen zu übernehmen.

20.

Die unmittelbaren Erlebnismöglichkeiten von Genußmittelkonsum stehen im Vordergrund und sind dadurch von den langfristigen Vorstellungen der Gesundheitserzieher weit entfernt. Der naturwissenschaftlich bestimmte Vorsorgebedarf verstellt den Blick auf die Funktionen im persönlichen und kollektiven „Befindlichkeitsmanagement“.

21.

Die Verknüpfung von Gesundheit und Umwelt läßt Jugendliche Prävention kritisch sehen. Die Legitimation wird Gesundheitserziehern abgesprochen. Die verhaltensbedingte Gefährdung verliert angesichts einer gefährdenden Umwelt an Gewicht.

22.

Die jugendliche „Unvernunft“ gegenüber präventiver Einflußnahme ist nachvollziehbar und hat eine schlüssige Logik. Präventive „Abweichler“ sind auf ihrer sozialen Bühne Konformisten.

22A.

Alltagsferne Schadenswarnungen haben einen paradoxen Effekt. Jugendliche schließen sich in gemeinschaftlicher Abwehr zusammen. Gesundheitserziehung wird von Jugendlichen als ein verkappter Disziplinierungsversuch empfunden. „Heuchlerische“ Erwachsene verweigern den Heranwachsenden die Teilnahme am alltäglichen Genußmittel-



konsum, dem sie sich selbst hemmungslos hingeben.

*23. Zur Programmatik von Gesundheitsförderung*

Neue Präventionsangebote gewinnen an Gewicht. Erziehungsmodelle werden von Gesundheitsförderung abgelöst.

24.

Gesundheitsförderung soll Jugendliche stärkere Einflußnahme auf ihre Gesundheit ermöglichen. Ziel und Praxiskriterium ist die Erstellung, Sicherung und Erhaltung des „total environments“.

25.

Kernbereiche allgemeiner Gesundheitsförderung sind: Arbeit und Umwelt, Lebens- und Handlungsfähigkeiten, soziale Beziehungen und Sexualität, Freizeit, Ruhe und Entspannung und Ernährung.

26.

Hauptansatzpunkt ist die Gemeinde. Gesundheitsförderung ist intersektoral und interdisziplinär. Die Impulse stammen aus den sozialen Bewegungen der 70er und 80er Jahre und aus jüngeren Aktivierungsansätzen der Sozial- und Gemeinwesenarbeit. Gesundheitsförderung ist für die Protagonisten soziale Arbeit i.w.S. Bürger und Berufsgruppen, die bisher nicht entscheidend in das gesundheitliche Versorgungssystem eingebunden waren, sollen verstärkt mitwirken. Professionelle treten dabei in den Hintergrund.

27.

Der gemeinsame Schirm ist der Aktivierungsansatz.

28.

Gesundheitsfördernde Aktivitäten besitzen eine doppelte Stoßrichtung: a) Erhöhung der gesundheitlichen Lebenschancen, b) Einbettung in eine umfassende Strategie zur „Intensivierung von Bezügen“.

29.

Gesundheitsförderung unterscheidet sich nicht nur programmatisch von der Praxis traditioneller Aufklärung und Erziehung. Eine Orientierung am „total environment“ ist zwingend vorgeschrieben.

*30. Vom Programm zur Praxis einer Gesundheitsförderung im Jugendalter*

Gesundheitsförderung überschneidet sich mit Formen aktivierender Sozialarbeit. Hauptaufgabe von Gesundheitsförderung im Jugendalter ist die Beförderung aktiver Selbstwahrnehmung und sozialer Handlungskompetenz.

30A.

Methodisch werden Formen der Gemeinwesenarbeit herangezogen. Durch eigenständige soziale Aktionen soll eine Neuverteilung von Macht-

mitteln oder Entscheidungswegen bewirkt werden.

31.

Beispiel: Englisch-dänische Jugend-„Health-Careers“.

32.

Beispiel: Modelle gesundheitsbezogener Jugendarbeit.

33.

Jugendbezogene Gesundheitsförderung soll „einmischende Praxis“ sein. Gesundheitsförderung soll keine neue pädagogische Spezialdisziplin sein. Einmischende Praxis soll in 6 Bereichen ansetzen: Intensivierung von Bezügen, Körperarbeit und -wiederaneignung, Umweltaneignung und Umweltschutz, Entwicklung sinnvoller Arbeit und gesünderer Arbeitsbedingungen, Verbesserung von Gesundheitswissen und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Sicherung einer lebenswerten Zukunft.

34.

Im Zentrum der Politik einer Gesundheitsförderung steht nicht die Krankheit, sondern die durch Eigenerfahrung bekannte Verknüpfung von umweltbedingten Gefährdungspotentialen und Gesundheit. Hinzu tritt ein veränderter Zugang zum Körper.

35.

Gesundheitsförderung ist, gesundheitspolitisch gesehen, schwierig. Die Zielgrößen müssen situativ neu entwickelt werden.

36.

Gesundheitsförderung im Jugendalter ist als Programm zur Entwicklung und Erhaltung „solidarischer Lebenskulturen“ zu bewerten. Sie kann umschrieben werden als Strategie individueller und kollektiver Aneignung sowie Erprobung von Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten in körper- und umweltbezogenen Handeln.

37.

Professionelle Gesundheitsförderung zielt auf „empowerment“. Elemente der traditionellen Prävention sind aufgehoben.

38. *Vor einer aktivierenden Wende?*

Gesundheitsförderung befindet sich noch im Stadium der Programmfindung und -begründung.

39.

Anleihen stammen aus Gemeinwesenarbeit, Erlebnispädagogik und Gemeindepsychologie. Gesundheitsförderung ist als Professionalisierungsstrategie zu analysieren.

40.

Das Aufgreifen von Entwicklungssträngen auf das Gesundheitsfeld ist

hauptsächlich für konzeptionelle Fragen zu konstatieren.

41. *Ausblick: Probleme der Gesundheitsförderung*  
Überleitung

42. *Indikatoren- und Wertedilemma, Deprofessionalisierung*

Intersubjektiv überprüfbare Gesundheitsindikatoren fehlen. In den Argumentationen treten deshalb Unschärfen auf. Es wird auf den biomedizinischen Blick zurückgegriffen, der überwunden werden sollte.

43.

Durch Organisation von Selbstorganisation kann ein Wertedilemma auftreten.

44.

Ein zweites Dilemma ist die „Professionalisierung von Entprofessionalisierung“

45. *Kriterienproblematik, Instrumentalisierungstendenzen*

Vorschläge für Bewertungs- und Orientierungsleitlinien in der Jugendarbeit könnten sein: Förderung von Selbstbestimmung, Mitwirken bei der Maßnahmenplanung, „ökologische“ Widerspruchsfreiheit.

46.

Auch wenn Gesundheitsförderung noch in der Entwicklung ist, steht sie doch unter Druck: Legitimierungsdruck aus Sicht der Mediziner und die Absicht der Instrumentalisierung.

46A.

Das innovative Etikett wird von Managern traditioneller Aufklärung und Erziehung vereinnahmt. Auf politischer Ebene geschieht dies ohne Dramatik.

47.

Gesundheitsförderung bleibt verbal unangetastet. Zentrale Begriffe werden jedoch aus dem ursprünglichen Bedeutungshof herausgelöst. Eine Renaissance der Rede vom medizinischen Risikoverhalten ist feststellbar.

48.

Gesundheitsförderung wird nur dann politisch in Dienst genommen, wenn seine sozialpolitisch unbequemen Anteile bereinigt sind. Gesundheitsförderung wird instrumentalisiert als sozialpathologisches Konzept.

49. *Besetzung fremder Praxisfelder*

Gesundheitsförderer besitzen Praxisfelder, die von der traditionellen Gesundheitserziehung unangetastet bleiben.

50.

Die anwaltschaftliche Ausrichtung der Gesundheitsförderung drängt zur Indienstnahme anderer Professionen und reicht bis zur Verdrängung aus angestammten pädagogischen Praxisfeldern. Ideologische Diskussionen haben daher auch ständischen Charakter.

51. *Über die „totale“ zur „totalitären“ Gesundheit?*

Mit dem Aktivierungsansatz wird auch eine Tendenz des gesellschaftlichen Zugriffs auf Individuen und Kollektive deutlich, die deren Optionen und Spielräume einengt. Aus dem „total environment“ kann ein „totalitäres environment“ entstehen.

52.

Falls sich dieses latente Potential neuer Präventionsformen durchsetzt, ist eine Rückerinnerung an die klassische Gesundheitserziehung angebracht. Hier konnten im kleinen Widerstand Eigen-Sinn entwickelt werden.

53.

Neue Präventionsformen haben unter diesem Gesichtspunkt durch die verregelten und formalisierten Unterstützungsstrukturen Wesenszüge mit ihrer Vorgängerin gemeinsam.

1.

[Einleitung]: Der Beitrag befaßt sich nicht mit Methoden der Sozialarbeit und deren Anwendung auf Gesundheitsprobleme. Unterschieden werden soll nach den Möglichkeiten der präventiven Sozialarbeit im Gesundheitswesen, im Grenzbereich zum Gesundheitswesen und außerhalb des Gesundheitswesens.

2.

Hauptthese ist, daß die Sozialarbeit am Beginn einer Entwicklung für gesundheitsbezogene präventive Aufgaben steht. Sozialarbeit befaßte sich schon immer mit diesen Aufgaben, die jedoch wenig beachtet blieben.

3.

[Definition von Begriffen]: [primäre, sekundäre, tertiäre Prävention]

4.

[Definition von Begriffen]: [Individuelle und strukturelle Maßnahmen]  
[Beispiel]: [Individuelle Maßnahmen]

5.

[Beispiel]: [Strukturelle Maßnahmen]

6.

[Beispiel]: [Individuelle Maßnahmen: Ernährungsverhalten von Kindern]

7.

[Beispiel]: [Strukturelle Maßnahmen: Einfluß der Armut auf Gesundheit]

8.

Eine Integration von individuenbezogener und struktureller Gesundheits-  
erziehung wird durch das Lebensweisenkonzept versucht.

9.

[Zitat]: Charakteristisch ist die Verknüpfung von individuellen und kollektiven Lebensweisen unter Bezugnahme auf die jeweiligen sozio-kulturellen Lebensbedingungen.

10.

[Textverweis]

10A.

Präventives Handeln gehört zum grundlegenden beruflichen Selbstver-

ständnis der Sozialarbeit.

11.

[Zitat]: Sozialarbeit ist eine Form beruflichen sozialen Handelns mit gesellschaftlichem Bezug.

12.

[Überleitung]

13.

[Zitat]: Sozialarbeit muß über Hilfe in konkreten Notständen hinausgehen. Sozialarbeit hilft bei der Lebensgestaltung und erschließt Bildungsmöglichkeiten.

14.

Eine Analyse zeigt, daß Prävention in der sozialpädagogischen Diskussion randständig ist. Prävention und Gesundheitsförderung wird jedoch als programmatische Zukunftsaufgabe gesehen. Einzelne Autoren sehen einen Paradigmenwechsel in der Sozialarbeit. Über Erfahrungen wird erst in jüngster Zeit berichtet.

15. *Prävention in der Sozialarbeit - theoretische Fundierung*

Die Bedeutung eines sozialepidemiologischen Modells ist für die Sozialarbeit zentral. Es bietet einen Rahmen zur Erklärung zwischen Lebensbedingungen und Gesundheitschancen. Das unzulängliche medizinische Modell wird erweitert.

16.

Psychosoziale Risiken im sozialepidemiologischen Modell sind: a) belastende Lebensereignisse, b) chronische körperliche und nervliche Belastungen, c) kritische Übergänge im Lebenszyklus.

17.

Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen können so als verständliche Versuche zur Bewältigung verstanden werden.

18.

„Soziales Netzwerk“ und „soziale Unterstützung“ verweisen auf die Bedeutung sozialarbeiterischen Handelns. Dies ist Aufgabe der Sozialarbeit.

19.

[Zitat]: Soziale Beziehungen und Interaktionen haben besondere Gesundheitsrelevanz. A) durch Förderung traditioneller Netzwerke und B) durch Förderung und Unterstützung neuer Netzwerkformen.

20.

Die Bedeutung sozialer Netzwerke und Unterstützung konnte empirisch nachgewiesen werden. Menschen mit geringen sozialen Bindungen haben ein höheres Sterberisiko.

21. *Prävention in der Sozialarbeit - Möglichkeiten*  
*Sozialarbeit im Gesundheitswesen*

Alle Einrichtungen der gemeindebezogenen Gesundheitssicherung, in denen Sozialarbeiter beschäftigt sind, können präventive Sozialarbeit leisten.

22.

[Beispiel]: [Gesundheitsämter]

23.

[Beispiel]: [Arztpraxis]

24. *Sozialarbeit im Grenzbereich des Gesundheitswesens*

Besondere Möglichkeiten besitzen psychosoziale Beratungs- und Kontaktstellen, Erziehungsberatungsstellen usw. Problemkonstellationen werden hier nicht als individuelles Versagen definiert. Die Gefahr der Therapeutisierung ist jedoch groß.

25.

[Zitat]: Präventionsprogramme fügen zu den bestehenden Aufgaben neue hinzu. Der therapeutische Staat wird ausgebaut.

26.

[Textverweis]

27. *Sozialarbeit außerhalb des Gesundheitswesens*

Sozialarbeit in anderen Bereichen bedeutet immer auch präventive Arbeit im Sinne von Vermeidung von Krankheit, die entstanden ist aus sozialer und psychischer Benachteiligung und Belastung. Konzepte sind in diesen Bereichen wenig entwickelt. Verschiedene Einrichtungen wurden nach ihrem Beitrag zur Gesundheitsförderung untersucht. Verschiedene Gesundheitsfunktionen konnten operationalisiert werden.

28.

[Textverweis]

28A.

[Überleitung]

29.

[Zitat]: Trotz ihres Auftrages widmen sich soziale Dienste beschränkt der Gesundheitsvorsorge. Einzelberatungen überwiegen. Die Möglichkeiten werden nicht genutzt.

30.

[Überleitung]

31.

[Zitat]: Die Gesundheitsvorsorge besitzt keine eigene Infrastruktur und ist dadurch fremdbestimmt. Tradierte Berufsbilder werden nicht verändert. Möglichkeiten außerhalb bewährter Handlungsstrategien werden vernachlässigt.

32.

Trojan et al. Untersuchten die gemeindebezogene Netzwerkförderung.

33.

[Zitat]: Gemeindebezogene Netzwerkförderung ist kein Risikoansatz, der Defizite aufspüren und kompensieren will. Die Gesundheit des Einzelnen und der Gemeinde soll gestärkt werden.

34.

[Überleitung]

35.

In der Gesellschaft vollziehen sich Prozesse, die als Gesundheitsförderung verstanden werden können z.B. in der Selbsthilfe. Die Elemente der Gesundheitsförderung sind den Akteuren z.T. nicht bewußt.

36.

Es geht nicht um eine quantitative Ausweitung der Angebote der Gesundheitserziehung, sondern um die Entwicklung einer neuen Qualität durch Verknüpfung von Lebensweisenkonzepten und Methoden der Sozialarbeit.

37.

[Überleitung]: Gelungene gesundheitserzieherische Projekte im Rahmen sozialer Arbeit.

38.

Jugendarbeit durch ein Abenteuerspielplatzprojekt.

39.

[Zitat]: Kinder sollen eine Empfänglichkeit für körperliche Signale und Botschaften entwickeln, das ganzheitliche Verständnis soll verstärkt und die soziale Umwelt soll als beeinflussbar erfahren werden.

40.

[Entwicklung des Projektes]

41.

[Zitat]: [Beispiele für praktische Arbeit auf dem Spielplatz]

42.

[Beispiel]: [Ausländerarbeit in Hamburg. Gesundheitsberatung für ausländische Familien]



43.

[Beispiel]: [Ziele der Gesundheitsberatung]

44.

[Beispiel]: [Andere Projekte der Gesundheitsberatung für Ausländer in Hamburg]

45.

[Beispiel]: Stadtteilprojekt in Mannheim. Nach einer Befragung von 800 Familien wurden Mängel und Probleme im Stadtteil deutlich. Aktivitäten wurden verwirklicht, um die Probleme schrittweise zu lösen.

46.

[Literaturhinweis]

47. *Prävention in der Sozialarbeit - Wirklichkeit und Verwirklichung*

Hindernisse zur Weiterentwicklung präventiven Handelns im Rahmen Sozialer Dienste: 1) Konkurrenz zu anderen Heilberufen, 2) Unterordnung unter die Ärzteschaft, 3) Sozialgüterverteilung.

48.

Soziale Dienstleistungen sind nicht marktfähig. Kosten werden von anderen Trägern bezahlt, die bestimmen, welche Leistungen sie vergüten.

49.

Gesundheitsbezogenes Handeln außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens stoßen auf Schwierigkeiten. Es muß verdeutlicht werden, daß Gesundheitsförderung im neuen Verständnis keine zusätzliche Aufgabe ist und Zugänge zu Problemen der Sozialarbeit eröffnet.

50.

Fördernde Elemente zur Entwicklung präventiver Sozialarbeit können aus den Aktivitäten der WHO folgen.

51.

Grundorientierungen der Gesundheitsförderung und der präventiven Sozialarbeit decken sich.

**Dießenbacher, Hartmut: Gibt es einen gesundheitspolitischen Gerontozid? In: Neue Praxis 1987, 3, 257 - 265**

---

1.  
An alten Menschen wird Euthanasie verübt. Euthanasie bedeutet: „... alles Handeln im Leistungsbereich des Gesundheitswesens, daß das Leben verkürzt.“ Euthanasie an alten Menschen soll als Gerontozid bezeichnet werden. Dies ist eine zeitgenössische Erscheinung, ist strukturell angelegt und bedarf keiner Mörder. Sie ist abhängig von finanziellen Ressourcen und medizinischer Technik.
2.  
Der Anteil der Altenbevölkerung nimmt zu. Frauen dominieren. Die Medizintechnik schreitet weiter voran. Das Gesundheitswesen würde finanziell kollabieren, wenn alle Rentner die Leistungen nach dem neuesten Stand in Anspruch nehmen würden.
3.  
Ethik und Ökonomie sind gefordert.
4.  
Werden in den Gesundheitssystemen die Kosten der Versorgung alter Menschen übernommen? Wie teuer wird die zugrundeliegende Ethik?
5.  
Alte Menschen haben nach Ansicht eines US-amerikanischen Gouverneurs „die Pflicht zu sterben.“ Es besteht ein ethisches Problem in der Übernahme kostspieliger Diagnose- und Behandlungsmethoden für alte Menschen, da Geld für junge Menschen fehlt.
6.  
[Zitat]: Die Verlängerung des Lebens alter Menschen ist nicht mehr bezahlbar.
7.  
Angesichts wachsender Lasten durch chronische Krankheiten und Gebrechen alter Menschen und schwindender Ressourcen, stellt sich die Frage der Verteilung zwischen Jung und Alt.
8.  
Hier wird Gesundheitsvorsorge aus einer ökonomischen Sicht gesehen.
9.  
[Beispiel]: In Großbritannien ist es für Menschen über 60 Jahre schwierig, eine Dialysebehandlung zu bekommen.

10.

Immer mehr Menschen sterben durch den Abbruch der Behandlung.

11.

Der steigende Anteil alter Menschen verursacht Kosten. Kostensenkung kann erfolgen durch einen späteren Eintritt in den Ruhestand oder durch frühen Austritt. Frühes Ende wird durch medizinische Versorgung erreicht.

12.

[Zitat]: Bei Behandlungsmethoden wird das Alter des Patienten berücksichtigt. Ist ein Patient über 70 Jahre, wird bei einem Herzinfarkt selten ein Krankenwagen kommen.

13.

Schlüsselpersonen des Gesundheitswesens verweisen auf die hohen Kosten des Gesundheitswesens, die durch alte Menschen verursacht werden. Lebensverlängerung wird als „Grenzwertnutzen“ bezeichnet, da die gewonnenen Jahre durch medizinische Technik die teuersten sind. Die Ausgabenexpansion der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt nicht durch die versicherten Erwerbstätigen, sondern durch Rentner. Durch die erwartete Bevölkerungsentwicklung werden die Kosten im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung sein. Der Kostenexplosion müsse durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt werden.

14.

Aus psychologischer Sicht wird beigesteuert, daß sich eine Anspruchsmentalität ausgebildet hat. Nach der WHO-Definition sind Alterserscheinungen Krankheiten, die behandelt werden müssen.

15.

Diese Äußerungen sind ein Stimmungsbarometer. Deutlich wird, daß ältere als überproportionale Kostenverursacher gegenüber der jüngeren Erwerbstätigen Generation in die Diskussion gebracht werden.

16.

In Großbritannien werden 5%, in den USA 10,5% und in Deutschland 12,5% der öffentlichen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen investiert.

17.

[Beispiel]: [Zahlen der Steigerung]

18.

Krankheiten, die früher zum Tode führten, sind heute behandelbar. Organtransplantationen sind besonders bei alten Menschen sehr teuer. Neue kostspielige Diagnose- und Behandlungsmethoden werden bald möglich sein.

19.

[Zitat]: [Zahlen von Kosten von Organtransplantationen]

20.

In Deutschland wurden die Altersbeschränkungen für Transplantationen gelockert. Die Kosten für Leistungen sind vom Alter und Geschlecht abhängig. 5-15jährige verursachen die geringsten Kosten.

21.

[Beispiel]: [Hochrechnung der verursachten Kosten durch unterschiedliche Altersgruppen bis 2030]

22.

Die Zahlen verdeutlichen, daß Fragen nach einer gerechten Finanzierbarkeit im Gesundheitswesen auf handfeste Fakten gestützt sind.

23.

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Bismarck hatte wirtschaftliche Gründe. Die Altenbevölkerung fiel nationalökonomisch kaum ins Gewicht. Seit Einführung der Krankenversicherung wurde im Krankheitsfall immer weniger im privaten Bereich gepflegt. Das öffentliche Gesundheitswesen hängt von der öffentlichen Moral ab und muß andererseits rational produzieren. Dabei stößt das System auf zwei „turning points“ im Leben alter Menschen, die nicht reversibel sind: a) der Übergang von Krankheit zur Pflege und b) vom Leben zum Sterben. Was darf es also kosten, Menschen die nicht mehr zu retten sind, Gesundheit zu verschaffen?

24.

Die weltweit beobachtbare Zunahme der Lebenserwartung ist keine Entwicklung der letzten Jahre. [Zahlen]. Die Bevölkerungsentwicklung soll zu einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems führen.

25.

[Zahlen]: [Anzahl der Hochbetagten]

26.

[Zahlen]: [Prognose]

27.

[Zahlen]: [Anzahl und Anteil der Rentner steigt]

28.

Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt deutlich unter dem gesetzlichen Rentenalter. Rentner sind öfter anders und länger krank. Chronische Krankheiten, die früher zum Tod geführt hätten, werden kostenintensiv behandelt. Die stationäre Pflege nimmt zu, da viele allein leben und sich nicht mehr auf Familienpflege verlassen können. Die Kosten für stationäre Pflege werden höher sein als erwartet.

29.

Die Medizin hat sich zu einer Apparatemedizin und Biotechnologie entwickelt und längeres Leben ermöglicht. Die Geräte konzentrieren sich in Krankenhäusern. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Sterben ist so aus dem sozialkulturellen Milieus und Familien herausgelöst und teurem Dienstleistungspersonal überantwortet worden.

30.

Es müssen Maßstäbe gefunden werden, die nicht auf das „heimliche“ Programm eines kosteninduzierten Gerontozids hinauslaufen. Technische Vorschläge liegen nahe. [Beispiel]. Gerontozid ist in der Menschheitsgeschichte nicht neu. [Beispiel Eskimos]

31.

Möglicherweise ist durch die europäischen Ursprünge der Gerontozid durch die Gerontokratien abgeschafft.

32.

In den antiken Komödien verschaffte sich das jugendliche Publikum seelische Erleichterung durch die verspottende Darstellung der Alten.

33.

Weder die Gerontokratien noch die nachfolgenden Entwicklungen konnten den Gerontozid abschaffen. [Beispiele] Gerontozid ist besonders in „primitiven Stammesgesellschaften“ und hochentwickelten technologischen Gesellschaften zu finden.

34.

Durch den hohen Anteil der Frauen an den Hochbetagten wären von einem Feminizid zu sprechen. Solange Frauen Lust bereiten und gebären können, haben sie in männlichkeitsdominierenden Gesellschaften einen Wert. Hat die mittelalterliche „Vernichtung der weisen Frauen“ ihre gesundheitspolitische Fortsetzung gefunden?

35.

[Zitat]: Das Alter betrifft nur die anderen. Der Gesellschaft gelingt es, uns daran zu hindern, uns mit alten Menschen zu identifizieren.

36.

Es handelt sich sowohl um ein ethisches, als auch um ein ökonomisches Problem. Zwei Extrempositionen sind möglich.

37.

Israelische Oberrabbiner betonen, daß das Leben heilig sei und ökonomische Gesichtspunkte unter allen Umständen auszuschließen seien.

38

Die Behandlung von Rentnern ist unwirtschaftlich, da hier die höchsten Kosten entstünden, die zudem wenig einbringen.

39

Beide Argumente tragen inhumane, wenig tolerante und undemokratische Züge. Moralisten wollen das Leben künstlich verlängern. Ökonomen wollen es künstlich verkürzen. Der Konflikt soll durch Ärzte und Gesundheitspolitiker gelöst werden, die hierfür die Verantwortung übernehmen sollen.

40

Die Betroffenen bleiben in beiden Richtungen ungehört. Warum können die Betroffenen nicht selbst über lebensverlängernde oder -verkürzende Maßnahmen entscheiden?

41

Zu einem menschenwürdigem Leben gehört auch ein menschenwürdiges Kranksein und Sterben. Eine Abstufung zwischen gesunden und sterbenden Menschen ist nicht zulässig.

42

Das Recht auf Menschenwürde schließt das Selbstbestimmungsrecht Sterbender ein. Dies umfaßt auch das Recht, den Zeitpunkt des Todes selbst bestimmen zu können.

43

Wer die Verantwortung übernehmen will, sollte die Möglichkeit dazu haben. Die Kunst liegt in der Wahl des richtigen Zeitpunktes.

44

Die meisten Menschen wünschen sich einen friedlichen Tod. Ist der Tod unabwendbar, wünscht sich niemand einen langsamen, qualvollen Tod in einer entwürdigenden Umgebung.

45

[Beispiel]: In Holland wird freiwillige Euthanasie vollzogen.

46

Das Vorenthalten lebensverlängernder, kostspieliger Maßnahmen sollte verboten sein, solange der alte Mensch noch einen Lebenswillen besitzt.

47

Dies scheint von keiner gesellschaftlichen Gruppe durchsetzbar zu sein. Die mittlere und ältere Generation sind natürliche Bündnispartner zur Durchsetzung. Die Alten beiderlei Geschlechts müßten sich vereinigen.

1

Das Interesse der Autoren hat eine unterschiedliche Geschichte. Ulrich Laaser und Günter Wendt bauten mit anderen einen Gesundheitstreff auf. Das Interesse an Projekten in England war aus diesen Erfahrungen entsprungen. Die Frage der Evaluation stand im Vordergrund. Heiko Waller interessierte sich für die Bedeutung der Sozialarbeit für Gesundheitsförderung, die Methodenentwicklung und Probleme der Implementierung.

2

Grundlage des Berichtes ist die Auswertung von 22 Gemeindegesundheitsinitiativen in Großbritannien. Die Auswertung erfolgte durch Interviews, Informationen aus Zwischenberichten und Veröffentlichungen über die Initiativen.

### 3 *Definition des Untersuchungsgegenstandes*

Gemeindegesundheitsinitiativen werden in der Literatur begriffen als auf Gesundheitsprobleme bezogene Selbsthilfegruppen, Gemeindegesundheitsgruppen und Gemeindegesundheitsprojekte. Die Unterscheidung zwischen Selbsthilfegruppen und Gemeindegesundheitsgruppen ist unscharf. Die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sind krankheitsbezogen, die in Gesundheitsgruppen ursachenbezogen. Gesundheitsprojekte (Projekte) sind gekennzeichnet durch einen Mitarbeiterstamm, zahlreiche Aktivitäten und Kontinuität. Ziel ist die Beseitigung von Ungleichheit bezüglich der Gesundheitsversorgung. Die Gemeindemitglieder haben Mitspracherecht. Über die Dreiteilung hinweg können zusätzliche Formen von Gesundheitsinitiativen festgestellt werden. [Beispiele] [9 andere Gruppen]

4

Stellvertretend soll das Konzept eines Projektes dargestellt werden. [Zitat]: [Prinzipien des Waterloo Health Project]

5

Wie diese Prinzipien entwickelt und umgesetzt wurden, soll im Bericht verdeutlicht werden.

### 6 *Zur Entstehung und Entwicklung der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit in Großbritannien*

[Überleitung]: 4 Einflußgrößen sind wichtig.

### 7 *Gemeinwesenarbeit und Gemeindeentwicklungsarbeit*

Die Blütezeit lag in den sechziger Jahren bei der Bekämpfung der Armut.

Gemeindeentwicklungsarbeit wurde staatlich initiiert. Ziel war die Aktivierung des Selbsthilfepotentials und eine bessere Koordinierung der Gemeindevorrichtungen. In Großbritannien gibt es das Berufsbild des Gemeinwesenarbeiters.

#### 8 *Frauenbewegung*

Sie ist die entscheidende Quelle der späteren Gesundheitsarbeit hinsichtlich der methodischen und strategischen Ausformung, da Fragen der Frauenbewegung z.T. auch Gesundheitsfragen sind. Frauen sind als Patienten und in den Gesundheitsberufen überrepräsentiert, aber unterprivilegiert. Die feministische Beschäftigung brachte neue Perspektiven.

#### 9 *Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung*

In Großbritannien gibt es das Berufsbild des Gesundheitserziehers. Auch in Großbritannien gibt es die Veränderung von Verhaltensprävention zur Verhältnisprävention. Dadurch ergeben sich Verbindungen zur Gemeinwesenarbeit. Verbindungen zu engagierten Fachkräften aus den Gesundheitsberufen wurden geschaffen.

#### 10 *Gesundheit, Krankheit und soziale Ungleichheit*

Die Verknüpfung von Gesundheit/Krankheit und der sozialen Situation hat in England eine lange Tradition. Das Ergebnis des sog. Black-Reports zeigte, daß es gravierende regionale und schichtenspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und in der -versorgung gibt.

11

Die Gesundheitsbewegung entwickelte sich rasch. Heute gibt es ca. 10.000 Gemeindeggesundheitsinitiativen. Verschiedene Träger finanzieren die Projekte.

#### 12 *Untersuchungsergebnisse*

22 Initiativen wurden analysiert. 10 davon sind Projekte. [Raster zur Aufbereitung der Informationen]

13

[Verweis auf Abb] Schwerpunkt der Darstellung ist die Projektarbeit und damit die Gesundheitsprobleme und die Erörterung der methodischen Lösungsansätze. Dadurch soll untersucht werden, inwieweit Methoden der Gemeinwesenarbeit geeignet sind, komplexe Gesundheitsprobleme zu lösen.

#### 14 *Struktur und Probleme der Gemeinde*

Die Projekte befinden sich in sozialen Brennpunkten. [Merkmale sozialer Brennpunkte] [Bezeichnung der Projekte]

#### 15 *Ziele der Projekte*

Die Projekte befassen sich sowohl mit gesundheitlichen, als auch mit sozialen Problemen und deren Lösung.



#### 16 *Entstehung der Projekte*

Von sechs 1977 entstandenen Projekten überlebte nur eines das erste Jahr. Die untersuchten Projekte entstanden zwischen 1977 und 1984.

17

Hintergründe zur Entstehung lassen sich nach Initiatoren und Initiativer-eignissen unterscheiden. Bestanden bereits Gemeindezentren wurden Gesundheitsaspekte integriert. Bei anderen war der Black-Report Auslöser der Gründung.

#### 18 *Räumliche Situation*

Die Räume der Projekte befinden sich in den Organisationen, die sie unterstützen. Räume gibt es auch in Kliniken und Wohnblocks.

#### 19 *Management*

Das Management hat Bedeutung für die Einflußmöglichkeiten der Bewohner und die Kontinuität. Alle Projekte besitzen ein Management, in dem Gemeindemitglieder und professionelle Helfer vertreten sind. Einige Projekte besitzen auch einen Beirat.

#### 20 *Personelle Situation*

Die Projekte besitzen definitionsgemäß MitarbeiterInnen. Durchschnittlich 2-3 Stellen. Sie haben unterschiedliche Ausbildungen. [Beispiele]

21

Durch die besondere Entstehungssituation gibt es in einem Projekt spezialisiertes Personal.

#### 22 *Projektarbeit*

Inhaltliche Schwerpunkte sind: Frauengesundheit [Beispiele], Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung [Beispiele], Gesundheitsförderung alter Menschen [Beispiele], Gesundheitsförderung ethnischer Mitbürger [Beispiele], Gesundheitsförderung durch Bekämpfung von Umweltschäden [Beispiele]

23

[Vereinzelte Aktionsbereiche] [Beispiele]

24

Einzelne Projekte erwähnen Ausbildungsaspekte [Beispiel]

25

[Überleitung]

26

Gruppenarbeit [Aufgaben und Ziele]

27

Einzelfallhilfe [Aufgaben und Ziele] [Beispiel]. Als Variante etablierte sich Advocacy und bedeutet aktives, anwaltschaftliches Verhalten von Interessen [Beispiel].

28

Unterschiedliche Formen öffentlicher Arbeit in Seminaren usw. Die öffentliche Diskussion soll angeregt und Gemeindemitglieder zur Mitarbeit aktiviert werden.

29

Ausdruck eines besonderen Engagements sind Kampagnen [Beispiele]. Voraussetzung ist Sachkenntnis und Kenntnis der Gemeinde insbesondere der Machtstrukturen.

30 *Kooperation*

Projekte arbeiten mit informellen Gruppen zusammen. [Beispiele für häufige Kooperationspartner] Wenig Kooperation erfolgt mit Arztpraxen oder Kliniken.

31

Die Community Health councils sind entstanden, um die Interessen von Konsumenten in Gesundheitsdiensten zu vertreten.

32 *Publikationen*

Publikationen gibt es in unterschiedlichen Formen. [Beispiele]

33 *Finanzielle Situation*

Die finanzielle Frage hat einen hohen Stellenwert. Einige Projekte sind wenig gefährdet, andere mehr. Es gibt unterschiedliche Fördermöglichkeiten

[Systematik]

34

[Beispiele]

35 *Ergebnisse der Projektarbeit*

Die Bewertung der Projekte ist durchweg positiv. Dies beruht auf Selbsteinschätzung und nicht auf unabhängiger Evaluation, die nur bei wenigen vollzogen wurde. [Beispiele]

36

Evaluationen werden häufiger unternommen, da Geldgeber einen Nachweis verlangen. Zudem gibt es neue qualitative Methoden. Aus der Tradition der Aktionsforschung haben Kontrolle und Korrektur einen festen Platz hat.

37

Kliniknahe Projekte evaluieren ihre Arbeit mit klinikorientierten Methoden.

### 38 *Perspektiven*

Neuorientierung kann nur auf der Grundlage von Evaluation erfolgen.  
Viele Projekte wollen ihre Arbeit ausweiten. [Beispiele]

39

[Beispiele]

40

Die Zukunftsperspektive sind Dokument eines lebendigen Engagements  
der Projekte.

### 41 *Zusammenfassung*

[Zusammenfassung ohne neue Informationen]

[Verweis auf Ottawa-Charta]

**Trabert, Gerhard: Die Gesundheitssituation von alleinstehenden wohnungslosen Menschen. In: Sozialmagazin 1995, 7-8, 70 -75**

---

1

Durch die Tätigkeit als Sozialarbeiter im Krankenhaus und als Mediziner, fiel dem Autor der schlechte Gesundheitszustand von Obdachlosen auf. Die Betroffenen finden trotz gravierender Beschwerden nicht den Weg zum Arzt. Dies wurde im Rahmen einer Dissertation untersucht.

2

Die Studie untersuchte das Gesundheitsverhalten und die Gesundheits- / Krankheitssituation von Nichtseßhaften.

2a.

Detaillierte Untersuchungen wurden in der BRD bisher nicht durchgeführt.

3

Untersucht wurde mittels eines standardisierten Fragebogens. Eine medizinische Untersuchung wurde angeschlossen. 40 Männer wurden in 1,5 Monaten untersucht.

4 *Gesundheitsverhalten und -bewußtsein*  
[Überleitung]

5

Über die Hälfte hat keinen festen Hausarzt.

6

Über die Hälfte war in den letzten 2,5 Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung. [Zahlen]

7

Gründe für die Nichtinanspruchnahme waren: „keine Notwendigkeit“, mangelndes Vertrauen, zu umständliche Sozialbürokratie, zu große Hemmschwelle.

8

Es tritt eine Diskrepanz zwischen diesen Antworten und der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung auf. 72,5% halten zudem regelmäßige Untersuchungen für notwendig. [Zahlen]

9

Die Ernährung erfolgt durch Konservenprodukte und Supermarktartikeln. Eine Reihe von Probanden rauchen viel und konsumieren Alkohol. Chronischer Alkoholismus kann bei einigen festgestellt werden. Bei 45% gab es keine Hinweise auf Alkoholprobleme. [Zahlen]

10

Bei 5% lag ein Drogenproblem vor. Gründe für die Obdachlosigkeit sind hauptsächlich Beziehungsprobleme und Arbeitslosigkeit. [Andere Gründe.]

#### 11 *Gesundheitszustand*

Ein schlechter Gesundheitszustand ist vorherrschend.

12

Häufig sind Herz- und Kreislaufprobleme, Atemwegserkrankungen und Infektionen. Zusätzlich Haut- und HNO-Erkrankungen. [Zahlen]

13

Hohe Anzahl an Leber- und Nierenerkrankungen, der Verdauungsorgane und des Venensystems ist feststellbar. [Zahlen]. Bei 90% war eine dringende ärztliche Behandlung erforderlich. [Hinweis auf Abb.]

#### 14 *Soziale Lage und Krankheit*

Um Beziehungen aufzudecken, wurde eine Korrelationsanalyse gerechnet.

15

Für den Zustand wurde ein Krankheitsscore gebildet und zu sozialen Faktoren in Beziehung gesetzt. Signifikanz gab es bei der Dauer der Erwerbstätigkeit, sowie dem Lebensalter. Bei längerer Arbeitslosigkeit verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Wohnungslosigkeit und Krankheitsscore korrelieren nicht signifikant. Bereits bei Beginn der Wohnungslosigkeit befinden sich die Betroffenen in einem schlechten Zustand. Danach kommt es zu einer Stagnation bzw. leichter Verschlechterung. Danach scheint es zu einer „gesundheitlichen Adaptation“ an die Lebenssituation zu kommen. Bei noch längerer Wohnungslosigkeit verschlechtert sich der Zustand rapide.

16

Ledige haben den höchsten Krankheitsscore. Die Einschätzung der „Unzufriedenheit“ hängt weniger mit dem Krankheitsscore zusammen, als die Einschätzung der „Zufriedenheit“.

17

Alleinstehende wohnungslose Menschen, die z.Z. in anderen Einrichtungen leben, werden von der Studie nicht erfaßt.

#### 18 *Erklärungsmodelle*

Ein multifaktorielles pathogenetisches Krankheitsmodell ist erforderlich. Eine Kumulation von Krankheitsfaktoren ist feststellbar.

#### 19 *Soziale Lebenssituation*

Die Lebenssituation und die Häufigkeit von Krankheiten weisen auf einen

Zusammenhang hin.

*20 Individuelle psychische Konfliktverarbeitungsmöglichkeiten*

Von den acht Lebensereignissen, die aus der Sicht des life-event-Modells die höchsten Anpassungsleistungen erfordern, sind sieben bei den Untersuchten zu finden. Dies sind: Tod des Ehepartners, Scheidung, Eheliche Trennung, Gefängnis, Tod eines nahen Angehörigen, Persönliche Verletzung / Krankheit und Kündigung.

21

Die Aussagen zum Morbiditätsrisikos dieses Modells sind nachvollziehbar.

*22 Individuelles Risikoverhalten*

Hervorzuhebende Verhaltensmuster sind: Alkohol- und Zigarettenkonsum, Ernährungs- und Übernachtungsgewohnheiten.

*23 Arbeitssituation*

Die Daten weisen auf die Kausalitätskette von mangelnder Ausbildung und Gefahr von Arbeitslosigkeit hin. Außerdem sind körperliche und gesundheitliche Arbeitsbelastungen bedeutsam.

*24 Gesellschaftliche Bedingungen*

Das Gesundheitssystem hat diskriminierende und krankheitsfördernde Funktionsweisen. [Beispiele]

25

Diese Faktoren wirken additiv und z.T. potenzierend und bedingen ein hohes Krankheitsrisiko.

*26 Konsequenzen*

Ein variables, mehrgleisiges sowie interdisziplinäres Vorgehen ist erforderlich, um die medizinische Versorgung zu verbessern: Öffentlichkeitsarbeit, interdisziplinäre Wissensvermittlung in der Ausbildung und konkrete Prophylaxe. D.h. geeignete sanitäre Einrichtungen, medizinische Akutversorgung „vor Ort“, Krankheitsstatus soll als Gesamtlebensproblematik verstanden werden, Überprüfung der Sozialbürokratie, Integration der Versorgung in das allgemeine Gesundheitssystem.

27

[Zusammenfassung]. Die Problematik muß im Kontext interdisziplinärer Hilfsstrategien und gesamtgesellschaftlicher Überlegungen gesehen werden. Medizinische klientenzentrierte Konzepte stellen nur einen Teil des Reformplanes dar.

*28 Ein erster Schritt zur Lösung*

In Mainz wurde eine Ambulanz eröffnet.

29

[Träger der Einrichtung] Durch die Einrichtung einer Ambulanz wurde die unzureichende Versorgung bestätigt.

30

[Öffnungszeiten] Ein Arzt und eine Krankenschwester sind anwesend.

31

Die medizinische Hilfe soll dort angeboten werden, wo sie gebraucht wird. Die Hemmschwelle ist niedriger und frühzeitige Hilfe ist dadurch möglich.

32

Hier findet medizinische Erstversorgung statt. Ggf. eine Weiterleitung an andere Ärzte. [Beispiele für medizinische Tätigkeiten] Es findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit sozialen Institutionen statt. Eine positive Akzeptanz ist feststellbar.

33

Eine Erweiterung wurde eingerichtet. Eine mobile Sanitätsstation mit Sozialarbeitern ist geplant.

**Kühl, Wolfgang: Selbsthilfegruppen - Modeerscheinung oder Korrektiv eines verfehlten Professionalisierungskurses der Sozialpädagogik? In: Neue Praxis 1983, 1, 37 - 45**

---

- 1  
Sind in den Selbsthilfegruppen die Bemühungen der Sozialpädagogik zur Mündigkeit der Klienten aufgegangen?
- 2  
Was sind Selbsthilfegruppen? Können Laiengruppen professionelle Sozialpädagogik ersetzen?
- 3  
Ursprünge und Motive der Selbsthilfegruppen sind Überprofessionalisierung, Bürokratisierung und Defizite in der Versorgung. Ferner die Kommunikationsstörungen der spätkapitalistischen Gesellschaft und der Zerfall traditioneller Lebensgemeinschaften.
- 4  
Zentral ist die Ineffektivität professioneller Dienstleistungen und die „Entmündigung durch Experten“. Zahlreiche Selbsthilfegruppen haben sich gebildet. Nach Moeller lassen sich zwei Gruppen unterscheiden:
- 5  
Gesprächsselbsthilfegruppen, die sich regelmäßig treffen, und auf die Selbstveränderung der Mitglieder ausgerichtet sind.
- 6  
Selbsthilfeorganisationen verfolgen Ziele, die unter dem Stichwort „Sozialveränderung“ subsumiert werden können.
- 7  
Moeller wünscht eine Gleichwertigkeit von Selbst- und Sozialveränderung in den Gruppen. Im Zentrum seiner Betrachtung stehen Gesprächsselbsthilfegruppen. Ihn trifft der Vorwurf des Psychologisierens und der Reduktion der Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen.
- 8  
Winkelvoss et al. entwickeln ein anderes Verständnis von Gesundheits-selbsthilfegruppen.
- 9  
Winkelvoss et al. schätzen 5.000 bis 10.000 Gruppen in der BRD. Deneke et al. charakterisieren die Mitglieder: vermehrt Frauen, relativ hohes Bildungsniveau, mittleres Alter, überwiegend Mittelschicht und kaum Arbeiter.



10

Die Aussage von Kooi (1977) für die Selbsthilfe - „an der Praxis sieht es dunkel aus“ - gilt heute nicht mehr. Beispiele für Gruppen.

11

Die Ausbreitung von Gruppen ist ein Indikator für die begrenzte Leistungsfähigkeit bürokratisch verfaßter Sozialpädagogik. Kann bereits von einem Perspektivenwechsel gesprochen werden?

12

Selbsthilfegruppen werden von der Sozialbürokratie akzeptiert und honoriert, wenn sie auf Selbstveränderung ausgerichtet sind. Repressive Reaktionen erfolgen, wenn das Dienstleistungssystem in Frage gestellt wird.

13

Moeller bezeichnet Sozialpädagogen aufgrund geringer Spezialisierung und größerer Alltagsnähe als stärksten Verbündeten der Gruppen. Aus dieser Nähe können auch Widerstände erwachsen.

14

Gruppen haben gegenüber institutioneller Hilfe deutliche Vorteile. [Beispiele]

15

Auch Leistungsgrenzen sind erkennbar. [Beispiele]

16

Zwischenergebnis: Die Selbsthilfebewegung ist kaum in der Lage, Aufgaben der Sozialpädagogik zu übernehmen, da die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen verschüttet sind und mittelschichtsspezifisch sind. Gruppen haben auf lange Sicht eher komplementäre Funktion.

17

Um Kooperation zu ermöglichen, muß der sozialpädagogische Professionalisierungsstand kritisch untersucht werden.

18

Die Sozialpädagogik ist nach Oelschlägel auf dem Weg der Professionalisierung, dort jedoch nur wenig vorangekommen. Viele Kriterien zur Profession sind noch nicht erfüllt. Auch die Negativmerkmale der Professionalisierung sind noch nicht erkennbar. Sozialpädagogen gelten als Semiprofessionals.

19

Die Enteignung sozialer Problemlösekompetenz Betroffener kann noch nicht vorangeschritten sein, wie behauptet wird.

20

Die Weichen für eine fehlgeleitete Professionalisierung sind jedoch gestellt.

21

Die Professionalisierungsdebatte war geprägt von einem klinisch-kurativen Selbstbild. Die an eine Übernahme amerikanischer Ansätze verknüpften Erwartungen wurden nicht erfüllt. Die Sozialbürokratien sind eher interessiert an einer Verwaltung der Problemlagen und billigen Sozialpädagogen keinen Expertenstatus zu.

22

Eine Reaktivierung der Hoffnungen setzte ein durch die unkritische Übernahme psychotherapeutischer Verfahren, die jedoch zur Aufgabe bewährter, klientennaher Arbeitsformen führte. Die neuen Methoden werden Klienten aus der Unterschicht nicht gerecht.

23

Das heißt nicht, daß therapeutische Methoden ungeeignet wären. Eine Modifizierung und Erprobung ist jedoch notwendig. In einigen Arbeitsfeldern sind diese Methoden erfolgreich. Die Therapie läßt jedoch sozioökonomische Bedingungen außer Acht.

24

Seibert schlägt vor, daß Sozialämter die Kontrollaufgaben selbst übernehmen sollten. Einem an Statusaufwertung interessierten Sozialpädagogen kann dies nicht gleichgültig sein.

25

Die Aufspaltung in Hilfe/Therapie und Kontrolle führt in eine berufspolitische Sackgasse und zu Polarisierungen und Stigmatisierungen unter Berufskollegen.

26

Der Traum vom Berater läßt sich für Sozialpädagogen nicht erfüllen. Der Prestigegewinn aufgrund eines non-direktiven Beraterimages geht zu Lasten der in ihren Problemlagen den Sozialbürokratien überlassenen Betroffenen.

27

Fortschritte in der Professionalisierungsdebatte können Diskussionen um das doppelte Mandat bringen.

28

Das doppelte Mandat ist ein zentrales Strukturelement der spezifischen sozialen Dienstleistungsfunktion.

29

Es besteht jedoch kein Gleichgewicht der beiden Berufsrollensegmente, sondern ein Konflikt.

30

Die Fehler anderer Professionen, sich von der Lebenswelt der Klienten zu entfernen, darf nicht kopiert werden. Dies geschieht z.Z. dadurch, daß die Fremdbestimmung durch die Sozialadministration durch sozialtherapeutische „Spielwiesen“ abgeschüttelt werden. Vielmehr soll die Fremdbestimmung des Klienten bekämpft werden. Angesichts des doppelten Mandats sollen die Gewichte zugunsten des Klienten verschoben werden. Dies ist mühsam.

31

Auch eine Fremdbestimmung des Klienten durch die Sozialpädagogik darf nicht stattfinden. Eine Abkehr von der Einzelfallhilfe ist erforderlich. Sozialpädagogik muß in der Lebenswelt des Einzelnen ansetzen.

32

Selbsthilfegruppen können zur Selbstkritik der Sozialpädagogik beitragen. Eine Kooperation von Sozialpädagogik und Gruppen wird so ermöglicht.

33

Die Kurskorrektur bedeutet nicht Antiprofessionalität. Hilfsbedürftigkeit ist Ausdruck fehlender Selbsthilfepotentiale. Die kapitalistische Formbestimmtheit führt zu Defiziten, die den Einzelnen überfordern.

34

Die Rede von Selbsthilfepotentialen, die brachliegen, kann zum Motiv von finanziellen Kürzungen im Sozialbereich führen.

35

Die Abkehr vom klinisch-kurativen Konzept und Wendung zum Lebensweltansatz, darf nicht zu einem Niveauverlust in Theorie und Praxis führen.

36

Die Euphorie innerhalb der Selbsthilfegruppen kann zur einer wissenschaftlichen und berufspraktischen Regression der Sozialpädagogik in die Verhältnisse der 50er Jahre führen. Eine Weiterentwicklung von Handlungstheorien ist erforderlich.

37

Ein Vakuum an Handlungskompetenz entsteht, wenn auf jegliches methodisches Instrumentarium verzichtet wird. Dies resultiert aus einer Kritik am klinisch-kurativen Ansatz.

38

Fachkompetenz muß entwickelt werden durch neue professionelle Handlungsstrategien, die den Klienten Selbstkompetenz ermöglichen, jedoch professionelle Standards implizieren. Sozialpädagogisches Handeln wird dadurch transparent und in seiner Effizienz überprüfbar.

39

Identität erhält Sozialpädagogik nur durch eigene Bemühungen. Derzeit ist die Sozialpädagogik fremdbestimmt. Sie muß dem Beispiel der Klienten folgen und selbst initiativ werden.

40

Fazit: Vor einer Selbsthilfeeuphorie ist zu warnen. Sie kann Sozialpädagogik nicht flächendeckend ersetzen. Sie dient aber als Korrektiv und gibt wichtige Anstöße. Sozialpädagogen sollten die Kooperation suchen.

**1 *Schwindende Beteiligung, wachsende Ersetzbarkeit***

Gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklung minimiert die Lebensverhältnisse Jugendlicher und Kinder. Sie reagieren darauf mit Angst, Aggression usw. und den Versuchen eigene Lebensformen zu entwickeln.

**2**

Jugendliche leben demzufolge in einer Doppelrolle. Einerseits als „Opfer“ einer Realität, andererseits im Widerstand gegen gesellschaftliche Zumutungen. Jugendliche suchen Handlungsmöglichkeiten und benutzen dafür gesellschaftliche Freiräume.

**3**

Jugendliche suchen nach dem Sinn der eigenen Identität. Kritik an funktionalistischen Lebensräumen und gesellschaftlicher Kälte, ohne dabei die zentralen Mißstände benennen zu können.

**4**

Allgemeine Neuorientierungen werden von existenzieller Angst überdeckt.

**5**

Lebensräume werden zunehmend spezialisierter und kleinteiliger. Für verschiedene Alltagsumwelten werden neue Fertigkeiten benötigt. Dies endet mit der Einschränkung der Selbstverantwortung.

**6**

Die herrschende Wachstumspolitik führt zu einer Ersetzbarkeit des Individuums.

**7**

Jugendliche werden marginalisiert

**8**

Randgruppen unter den Jugendlichen, trifft diese Marginalisierung früher. Andere Gruppen kommen ständig hinzu.

**9 *Leben in verregelten Räumen***

Die herrschende und propagierten Lebensentwürfe machen für die Jugendlichen angesichts der globalen Probleme wenig Sinn. Die Krise wird in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Einrichtungen erlebt.

**10**

Das Leben in Institutionen wird als negativ empfunden. Jugendliche brechen aus diesen gesellschaftlichen Einrichtungen aus und suchen

eine natürliche Umwelt.

11

Ausstieg ist nur bedingt möglich. Eine Veränderung tritt nicht in der gesellschaftlichen Struktur ein; bestenfalls im persönlichen Nahraum.

12

Ein Ausbruch/Ausstieg ist nicht in „Freiräumen“, sondern nur stilistisch möglich. Gruppenstile werden ausgeprägt.

13

Zentrale Momente dieser Gruppenstile sind Risikoverhalten. Risikoverhalten dient der Reizung des eigenen Körpers und des eigenen Empfindens.

14 *Am eigenen Leibe*

Der menschliche Körper ist Spiegel der sozialen und kulturellen Verhältnisse.

15

Gesundheit ist bislang eher Gegenstand der Medizin gewesen.

16

Der ärztliche Blick zeigt sich auch in der Konzeption zur Gesundheitsförderung. Risikoverhalten kann jedoch sinnvoll sein.

17

Rational konzipierte Gesundheitsbotschaften kommen daher bei Jugendlichen nicht an. Gesundheitsverhalten wird öffentlich ausgehandelt.

18

Wohlbefinden wird nach subjektiven Kriterien gemessen. Risikoverhalten kann sinnvoll für das Wohlbefinden sein.

19

[Überleitung]

20-42

[Darstellung empirischer Ergebnisse zu Rauchen, Alkoholkonsum und Umgang mit Gesundheit]

43

Jugendliche verbrauchen „Sinn“ zur Bildung der eigenen Identität.

44

Sinn ist in der gegenwärtigen Gesellschaft rar geworden. Es gibt eine „Sinnkrise“. Sinn wird zunehmend durch industriell erzeugte Jugendkulturen gedeckt.

45

Der Körper wird zur letzten Möglichkeit die eigene Geschichte erfahrbar zu machen und steht für die soziale Entwicklung. „Sinn“ wird nicht mehr in der Zukunft gesehen, sondern in der Gegenwart.

46

Risikoverhalten macht auch Sinn.

47

Selbstverwirklichung ist nur noch im riskanten Spiel mit dem eigenen Körper möglich. Die Umwelt wird als unwirklich erlebt.

48 *Die Bedeutung von Risikoverhalten*

Risikoverhalten entlastet Individuen von den Zumutungen der gesellschaftlichen Außenwelt und ist insofern nützlich.

49

Risikoverhalten ist Bestandteil des Lebensstils von Individuen, der durch Gruppenstile überformt ist. Biomedizinische Sichtweisen greifen zu kurz.

50

Risikoverhalten wird benutzt, um dem bürgerlichen Alltag zu entfliehen.

51-53

[Darstellung des Risikoverhaltens am Beispiel „Gaststättenbesuch“  
Ergebnisse einer Untersuchung der Projektgruppe Jugendbüro]

54

Risikoverhalten kann ambivalent betrachtet werden. Risikoverhalten ist Mittel zum Zweck. In diesem Fall, die Lebenssituation erträglich zu machen.

55

Risikoverhalten ist nicht jugendspezifisch. Hier ist es jedoch exzessiver.

56

Risikoverhalten wird subjektiv abgeschätzt. Langfristige Folgen werden verniedlicht.

57

Gesundheit ist nur eine Option unter mehreren.

**König, Renate & Klaus Dieter Müller: Für eine Revision der Ernährungserziehung im Kindergarten. In: Unsere Jugend 1991, 1, 38 - 45**

---

*1 Einführung*

Gesundheit hängt von den Ernährungsgewohnheiten ab. Zahnschäden sind auf Fehlernährung zurückzuführen.

*2*

Immer weniger Kinder haben eine wohlgebildete Wirbelsäule. Ernährungsbedingte Hautschäden nehmen zu.

*3*

Auf Vitamin B1-Mangel wurde bereits im Ernährungsbericht von 1974 hingewiesen.

*4*

[Zitat] Der Mensch braucht Vitamin B1. Mangel führt zu Konzentrationschwäche, Nervosität und Willensschwäche.

*5*

Eine Studie weist auf einen Zusammenhang von übermäßigen Phosphatverbindungen in der Nahrung und MCD (= Minimale cerebrale Dysfunktion) hin, die ihrerseits Verhaltensstörungen auslöst.

*6*

Es gibt weitere Beispiele, die beweisen, daß die gesunde Entwicklung die Grundlage für gesellschaftliche Tüchtigkeit ist. Ernährungs- und Gesundheitserziehung muß schon im Vorschulalter beginnen. [Zitat]. Die Einstellung zur Gesundheit soll positiv beeinflusst werden. Der Verfestigung von gesundheitsschädlichem Verhalten soll vorgebeugt werden.

*7 Fragebogenerhebung zur Ernährungserziehung in Kindergärten / Kindertagesstätten*

Ziel war die Feststellung der Praxis von Ernährungserziehung, um Aussagen für Verbesserungen zu gewinnen. 100 Institutionen (Rücklauf 61%) wurden befragt. Das Interesse an Ernährungserziehung ist groß.

*8*

Die Betrachtung der Ergebnisse orientiert sich an allgemeinen publizierten Leitziele. [Literaturhinweis]

*9 Erziehung zur Selbständigkeit*

[Zahlen] Kinder sollen zur Selbständigkeit im Ernährungsbereich erzogen werden.



10 *Gewöhnung der Kinder an nährstoffreiche Lebensmittel*

[Zahlen] Besonders in Waldorfkindergärten ist dies ein Ziel. [Zahlen: Unterschiede nach Trägerschaft]

11

In allen Kindergärten - Ausnahme Waldorf - müssen verstärkt Maßnahmen ergriffen werden. Wenig Vollwerternährung findet statt. Dies sollte ein Ziel sein.

12 *Einschränkung des Verzehrs von Süßigkeiten*

[Zahlen: s.o]

13

Erzieher sollten Kinder stärker auf Alternativen hinweisen.

14 *Gezielte Förderung eines gesundheitsbewußten Ernährungsverhaltens*

[Zahlen: s.o] Hier ist ein gutes Ergebnis ersichtlich. Dieses Verhalten wird zum größten Teil gefördert.

15 *Elternaufklärung*

[Zahlen: s.o]

16 *Erreichung der Ziele insgesamt*

Im Waldorfkindergarten werden die publizierten Leitziele nahezu vollständig angestrebt. Positiv sind auch die evangelischen Kindergärten zu bewerten. In katholischen Kindergärten ist die Notwendigkeit einer intensiveren Ernährungs-erziehung gegeben.

17

Die Untersuchung zeigt, daß Ernährungserziehung in allen Institutionen praktiziert wird, aber nur teilweise zufriedenstellend ist - Ausnahme Waldorf. Es bedarf einer Intensivierung.

18 *Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungserziehung in Kindergärten und Familien.*

Es bieten sich an: Verstärkte Aufklärung, Kooperation zwischen Eltern und Erziehern, Koordination der Beteiligten, kostenlose Info-Materialien, Ernährungserziehung als Ausbildungsfach für alle Pädagogen, Ernährungserziehung als Fach an der FH, Ernährungserziehung als Pflichtfach für Mediziner, Behebung der Schwäche im Ernährungsangebot, Fort- und Weiterbildung.

19

Bessere familiäre Ernährungserziehung bedeutet: [Beispiele]

20 *Kostformen in Kindergärten / Kindertagesstätten*

Die hauseigene Küche ist vorzuziehen. [Beispiele]

21

Das Küchenpersonal muß mit einbezogen werden. Alle Beteiligten müssen teilweise Kenntnisse aus anderen Bereichen haben. Gemeinsame Gespräche müssen stattfinden. Fortbildungen müssen besucht werden.

## 22 *Die zahngesunde Ernährung*

[Beispiel]

## 23 *Die vegetarische Ernährung*

[Beispiel]

## 24 *Die Vollwert-Ernährung*

[Überleitung]

25

[Zitat] Vollwerternährung betrachtet das Ernährungssystem ganzheitlich. Optimale Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft soll erreicht werden.

26

[Zitat: Definition und Ziele der Vollwerternährung]

27

Diese Ernährung ist die optimalste Form. Zahlreiche Publikationen liegen vor. [Beispiele Richtlinien zur Vollwerternährung]

28

Vollwert ist die geeignetste Kostform für die gesamte Bevölkerung und besonders für Kinder. Durch die Beachtung der Richtlinien wird die Ernährungssituation verbessert und der Körper vor Mangelerscheinungen geschützt.

## 29 *Schlußfolgerungen*

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der Revision der Ernährungserziehung. Vorschulerziehung ist wichtig, da es kein Schulfach werden wird.

30

Die seelische und soziale Entwicklung muß im Vordergrund stehen, damit die Ziele vermittelt werden. Der Erzieher ist Vorbild.

31

Die Ziele werden nicht überall erreicht. Eine Verbesserung ist notwendig.

32

Gründe für die Mängel könnten sein: Personalmangel, Interesselosigkeit, Wissensdefizite, keine Unterstützung durch Eltern und Ausbildungsdefizite.



**Schorneck, Diethelm; Ingolf Droste, Martin Klaas & Claudia Pohle:**  
**Gesundheitserziehung im Kinderheim. In: Unsere Jugend 1993, 8,**  
**346 - 350**

---

*1 Gesundheitserziehung auch durch den Sport*

Für die ganzheitliche Heimerziehung von Jugendlichen wird ein Sportangebot benötigt. Ziel ist die Persönlichkeitserziehung, körperliche Leistungsfähigkeit und sinnvolle Freizeitgestaltung. Empfehlungen liegen vor.

*2*

Ein Kooperationsprojekt zwischen Sportpsychologie und einem Kinderheim wurde durchgeführt. Ein Gesundheitspraktikum, in dem Sport individuums- und zielgruppenorientiert ein gesundheitsregulatives Verhalten gefördert werden sollte, fand 1988 statt. Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren nahmen teil.

*3*

Der Inhalt orientierte sich an vorhandenen Kenntnissen der Jugendlichen. Die Jugendlichen sollten eigenes Fehlverhalten feststellen und Handlungsalternativen ergreifen.

*4*

Sport und Gesundheit kommt in pädagogischer Arbeit ein hoher Stellenwert zu. [Zitat: Zweck der Gesundheitserziehung ist die Kompensation schulischer Belastung, Appell an das Gesundheitsbewußtsein, gesund zu leben]

*5*

In Curricula in NRW wird Gesundheitserziehung direkt aufgegriffen und Sport als vorrangige Präventionsmöglichkeit gesehen. Dimensionen der Lernziele sind pädagogisch, somatisch-biologisch und sozial zu bewerten. [Zitat]. Der Schulsport soll die Gesundheit aller stärken und eine gesunde Lebensführung befördern. Gefahren von Verletzungen sind anzusprechen. Auch nach der Schulzeit soll Sport getrieben werden.

*6*

Gegenüber den Einseitigkeiten der Schule kann Schulsport Streß bewältigen helfen.

*7*

Beckers erweitert die Gesundheitserziehung um den Begriff der Gesundheitsbildung. Sie soll es dem Individuum ermöglichen, eigenverantwortlich mit Umweltgefahren umzugehen.

### 8 *Didaktische Überlegungen zum Gesundheitspraktikum*

Jugendliche verbinden gesundheitsgerechtes Verhalten mit Einschränkungen. Ungesunde Verhaltensweisen versprechen hingegen Anerkennung. Mit Widerständen gegen das Praktikum wurde gerechnet. Widerstände erschweren die Kontaktaufnahme zwischen Gesundheitsberatern und Jugendlichen. Ziel ist, eine positive Einstellung zu schaffen. Spielerische Aktionsformen wurden daher gewählt. Ein Gesundheitstest hatte einen spielerischen Anreizcharakter.

9

In der zweiten Phase soll ein angestrebter Zustand erreicht werden, bei dem Kompetenz- und Performanzaspekte berücksichtigt werden müssen. Kenntnisspiele wurden eingesetzt, um Vorerfahrungen aufzugreifen.

10

Verschiedene Spiele wurden durchgeführt. [Beispiele]. Zur Selbstkontrolle wurden Befindlichkeitsabstufungen auf Fitneßkarten eingetragen. Das Praktikum wurde koedukativ ausgerichtet.

### 11 *Ergebnisse und Diskussion zum Gesundheitspraktikum*

[Anzahl der teilnehmenden Erzieher und Jugendlichen]

12

Auf einem Evaluationsbogen sollte das Praktikum beurteilt werden. [Darstellung des Bogens, Teilbereiche]

13

[Beschreibung der Mittelwerte] Die Stichprobe ist gering.

14

Gesundheit stellt für die Zielgruppe keinen individuell hohen Wert dar. Schädigendes Verhalten wird als ungesund angesehen, das Verbote von Erwachsenen mit sich bringt, aber Anerkennung bei Gleichaltrigen. Die Motivation durch das Praktikum war hoch. Hohen Aufforderungscharakter haben die spielerischen, musikalischen Anteile, Fitneßtests und Entspannungsaufgaben.

15

Die Teilnehmer sollten neue Erfahrung machen und andere Einstellung zur Gesundheit erreichen. Die Themenkomplexe werden als verständlich eingeschätzt.

16

Weitere Informationsbedürfnisse sehen Erzieher für die Evaluationsbereiche, Jugendliche für musikalische Anteile und den Fitneßtest.

17

Erzieher sehen einzelne Übungen als verhaltensbeeinflussend. Jugendliche sehen kaum Auswirkungen auf ihr zukünftiges Verhalten. Von einer

Übernahme gesundheitsgerechten Verhaltens kann nur bedingt ausgegangen werden.

18

Die Jugendlichen nahmen jedoch regelmäßig teil. Andere kamen teilweise hinzu. Auswirkungen auf die Teilnahme hatten Schulferien und Abwesenheit von beteiligten Pädagogen. Mädchen bevorzugten Gruppenübungen, Jungen gingen frühzeitig eigenen Interessen nach. Das Praktikum wurde insgesamt als gelungen betrachtet. Wichtig ist bei diesen Projekten die Kontinuität und eine fortlaufende Weiterentwicklung sowie die Einbindung vieler Mitarbeiter als Multiplikatoren.

1

Eine Frau kommt in das Büro der Sozialarbeiterin. Sie wurde vom Stationsarzt geschickt. Sie fühlt sich durch die schwierige Gesundheitssituation ihres Mannes überfordert.

2

Diesen Fall schildert eine Krankenhaus-Sozialarbeiterin.

3

Sie muß eine Reihe von Aufgaben nach dem Krankenhausreformgesetz von 1973 bewältigen. Sie muß den Angehörigen von Kranken helfen und Kontakte zu zuständigen Ämtern knüpfen. Die Klienten sollen zudem als Subjekte des Handelns begriffen werden.

4

Krankenhaussozialarbeit geht über das Krankenhaus hinaus. Erst in der Klinik wird oft bemerkt, daß ein Klient weitergehende Hilfe benötigt. Die klinische Behandlung kann ebenfalls eine Weiterbehandlung erfordern.

5

Aufgaben nach §16/2 des Krankenhausgesetzes betrifft den Sozialdienst und fordert ihn auf, die durch Krankheit gestörten Beziehungen des Klienten zu normalisieren.

6

Über Möglichkeiten einer Anschlußbehandlung erfahren Patienten zu-  
meist über den Sozialarbeiter und weniger von den Ärzten.

7

Die Richtlinien sind in den einzelnen Bundesländern verschieden.

8

Probleme von Patienten können erst in der Zukunft gelöst werden. Auslöser für Probleme können in der Vergangenheit liegen. Diese zu erfahren benötigt Aufmerksamkeit des Sozialarbeiters.

9

Die psychosoziale Anamnese kann von der medizinischen nicht ersetzt werden und steht vor jeder Entscheidung.

10

Die meisten Patienten kommen nicht allein wegen körperlicher Beschwerden, oft sind eine Reihe von psychosomatischen Krankheitsbildern

nachweisbar. Der Sozialdienst ist laut den hessischen Richtlinien für eine bestimmte Patientengruppe zuständig.

11

Neben den allgemeinen Sozialdiensten gibt es Kriseninterventionsdienste, die insbesondere Selbstmordgefährdete betreuen.

12

Die Beschäftigung mit dieser Gruppe zeigte, daß in nur 5% der Fälle echte Psychosen zugrunde lagen. 30% hatten Suchtprobleme, alle anderen hatten Beziehungsprobleme. Die gezielte Weiterbehandlung kann aufgrund dieser Erkenntnisse erfolgen.

13

Die Sozialdienste machen ökonomisch Sinn, auch wenn es keine Kosten-Nutzen-Rechnungen gibt.

14

Trotzdem haben Sozialarbeiter Angst vor der Welle der Einsparungen.

15

Während in Hessen über eine Anhebung des Personalschlüssels nachgedacht wird, droht aus dem Bundesministerium eine Reduzierung der Hilfe.

16

Einigkeit besteht zwischen Sozialarbeitern und dem Landessozialminister, daß nicht an der falschen Stelle gekürzt wird. Neben der medizinischen ist die psychische Betreuung des Menschen gleich wichtig.

17

Der Minister steht zur bundesweiten Zustimmung zum Sozialdienst. Die Regelungen der Bundesländer sind jedoch uneinheitlich.

18

Hessen und Berlin wollen ihr hohes Leistungsniveau noch steigern, werden aber an der finanziellen Situation der Krankenkassen scheitern.

19

Die Lasten der Pflegesatzverordnung werden aus der Sicht des Landesministeriums die Kommunen und Kreise tragen müssen. Die Kommunen haben wenig Geld.

20

Krankenhäuser in freier Trägerschaft werden als letzte von den Kommunen finanzielle Unterstützung erhalten.



21

Trotz Finanzkrise bei den Landes- und Bundesversicherungsanstalten denken einige Kliniken an eine Auswertung des Sozialdienstes.

22

In einer Reha-Klinik sind Sozialarbeiter näher an den medizinisch-therapeutischen Bereich angebunden. Hier greift der Kosten-Nutzen-Gedanke, der die psychosoziale Arbeit im Hinblick auf Kostendämpfung sinnvoll macht.

23

Gesundheitserziehung - wie Nichtraucherurse, Ernährungsberatung - wird Teil einer Kurmaßnahme.

24

Die Termine für therapeutische Gruppen werden mit den medizinischen Maßnahmen gleichberechtigt abgestimmt.

25

In der Kurklinik wird der psychosoziale Teil vieler Krankheiten deutlich.

26

In der Kurklinik gibt es ein Gemisch von Klienten. Die Sozialarbeiter müssen sehr aufmerksam sein, um die Signale der Patienten auffangen zu können und richtig zu interpretieren.

27

Die Anonymität der Kurklinik schafft Vertrauen. Wer sich zuhause nicht zu einem Therapeuten traut, schafft es hier leichter.

28

Zur Bekämpfung von Schmerzen wird progressive Muskelrelaxation angeboten. Schwierig gewordene Partnerbeziehungen mit Orgasmuschwierigkeiten können Auslöser von medizinisch nicht zu erklärenden Krankheitsbildern sein.

29

Was in der Kurklinik selbstverständlich ist, ist in anderen Kliniken nicht so einfach und hängt von der Sensibilität des Stationsarztes ab.

30

Die psychischen Auswirkungen chirurgischer Eingriffe werden bearbeitet.

31

Sozialarbeit im Krankenhaus ist trotz günstiger finanzieller und gesetzlicher Lage eine Herausforderung eigener Findigkeit und Sensibilität. Das Herangehen an Patienten ist von Medizinern und Sozialarbeitern unterschiedlich.

32

Die Bedeutung von Sozialarbeit im Krankenhaus muß auch der Bundesminister erkennen.

**1 *Das Ausmaß***

Elendsviertel in Augsburg sind verdreckt und es gibt Ratten. Bewohner sehen wenig Perspektiven.

**2**

Die Wohnsituation ist schlecht.

**3**

Bemühungen, die Wohnungen sauber zu halten, schlagen wegen der schlechten Bausubstanz fehl.

**4**

Die Wohninnenräume sind in schlechtem Zustand.

**5**

Ungeziefer macht sich breit.

**6**

Räumliche Enge und schlechte Bausubstanz auch in Hamburg.

**7**

Kinder werden oft krank.

**8**

Die Wohnungen haben keine effektiven Heizungen.

**9**

Die Bewohner leben am Existenzminimum.

**10**

Die Bewohner leben in Armut.

**11**

Bisherige Analysen zeigen Armut nur in Obdachlosensiedlungen (= Elendsviertel) auf und beschwichtigen damit die zuständigen Politiker.

**12**

Wenn Armut nur mit Obdachlosigkeit gleichgesetzt wird, dann wird Armut in anderen gesellschaftlichen Bereichen übersehen.

**13**

Beschreibung von Bewohnern einer Obdachlosensiedlung.

14

In sozialen Brennpunkten stoßen eine Vielzahl von Problemen aufeinander.

15

Soziale Brennpunkte können auch Sanierungs- und Neubaugebiete sein. Von entscheidender Bedeutung ist das Wohnumfeld, da sich die Wohnaußenwelt und -innenwelt nicht trennen lassen.

16

Gleiche soziale Gruppen teilen sich die Wohnumwelt mit menschenunwürdigen Bedingungen: Arbeitnehmer mit geringem Einkommen, kinderreiche Familien und alte Menschen.

17

Daten zur Wohnsituation fehlen.

18

Die Obdachlosensiedlungen sind nur die Spitze eines wohnungspolitischen Skandals, da vielmehr Menschen in menschenunwürdigen Bedingungen wohnen als allgemein angenommen wird.

19

Vorliegende Zahlen sind zu niedrig angesetzt.

20

Eine Heranziehung des Einkommensbegriff zur Ermittlung der Wohnungsnot ist nicht ausreichend.

21

Die Auswirkungen materieller Not werden vergessen: Fehlende Wohnungen, Krankheit, Sozialisationsdefizite, fehlende Partizipation an der Gesellschaft und bei Entscheidungsprozessen.

22

Indikatoren für Armut und Mangel durch andauernde Armut.

23

Die Wohnung spielt eine wesentliche Rolle, da sie der Ort der Reproduktion ist. Wohnverhältnisse sind eine entscheidende Voraussetzung für ein befriedigendes Leben.

24

Anzahl von Wohnungen unter der Grenze des sozialen Wohnungsbaus in München.

25

Nicht sanierte Altbauwohnungen werden von offizieller Seite nicht als Problem angesehen. Bewohner von Obdachlosensiedlungen sind aus politischer Sicht für ihre Lage selbst verantwortlich.

26

In Hamburg wird auf politischer Ebene vermutet, daß eine Reihe von Wohnungen unzureichend ausgestattet sind.

27

In Saarbrücken werden ähnliche soziale Schichten wie in Obdachlosensiedlungen auch in sozialen Brennpunkten leben und gelten als soziale Unterschicht.

28

Menschenunwürdige Wohnungen sollten mindestens 12qm pro Person haben, ein ausreichendes Wohnumfeld und sanitäre Einrichtungen.

29

Quantitative Aussagen über die Beschaffenheit der Wohnung sagen nur bedingt etwas aus. Andere Variablen wie Lärm, Schimmel, Wärmeisolation fehlen.

30

Beispiel Saarbrücken.

31

Die Anzahl der Kinder entscheidet über die Möglichkeit, eine Wohnung zu bekommen. Sind zu viele Kinder in kleinen Wohnungen, werden die Wohnbedingungen unerträglich. Ein sehr großer Anteil kinderreicher Familien lebt in überbelegten Wohnungen.

32

Anzahl von Wohnungen ohne Bad und WC.

33

Durch steigende Mieten werden benachteiligte Gruppen in soziale Brennpunkte abgeschoben.

34

Eine Untersuchung aus Duisburg zeigt, warum Menschen in soziale Brennpunkten abgedrängt werden. Das Problem Wohnungsnot ist vielschichtig.

35 *Report über allgemeines Wohnungselend*

Passau ist nur eine Touristenattraktion, wenn unrenovierte Wohngegenden nicht beachtet werden.

36

In einer Straße werden Bewohner seit Jahren mit ihrem Problemen alleingelassen, während auf der anderen Straßenseite Luxuswohnungen entstehen.

37.

[Überleitung: Meldung einer Passauer Zeitung]

38.

Beschreibung von christlichen Idealen eines einzelnen Aktiven.

39.

Dito.

39A.

Bewohner von Armutssiedlungen werden mit kleinen Wohnungseinrichtungen beschenkt und sind darüber außergewöhnlich glücklich.

40.

Was sind dies für Menschen, die sich über Selbstverständlichkeiten freuen?

41.

Es sind Menschen, die in überbelegten Wohnungen wohnen. Mit Sozialhilfe kann keine bessere Wohnung gefunden werden.

42.

Die Wohnungen sind in schlechtem Zustand und das Geld reicht nicht, um Heizmaterial zu kaufen.

43. *Die Kinder sind alle krank, ohne Ausnahme*

Fast alle Kinder aus dieser Straße haben Krankheiten, vornehmlich Erkrankungen der Atemwege.

44.

Ein langjähriger Bewohner hat 12 Kinder und lebt jetzt mit 8 Personen in einer Wohnung.

45.

Alle Bewohner haben Asthma wegen der Feuchtigkeit. Für eine neue Wohnung reicht das Geld nicht.

46.

Ein kranker Bewohner der Straße beschreibt, daß sein Einkommen nicht für das Nötigste reicht.

47.

Die Wohnung ist feucht und führt zu Schäden. Es gibt kaum Chancen, sich aus dieser Lage zu befreien. Persönliche Tragödien verschlimmern die Lage zusätzlich.

48.

Dies ist kein Einzelschicksal. Fast alle Bewohner der Straße haben eine ähnliche Biographie. Fast alle sind auf Sozialhilfe angewiesen.

49.

Die menschenunwürdigen Verhältnisse sind keine Ausnahme.

50. *Zwei alte Frauen in einer Baracke, ohne Wasser, ohne Licht*

In anderen Orten gibt es ähnliche Zustände. In einer Barackensiedlung mußten sich die Bewohner die Stromversorgung selbst zulegen. Von der Kommune wurde nichts getan. Ehemalige Bewohner sind jetzt nicht in besseren Wohnungen. Bessere Wohnungen sind nicht vorhanden.

51.

Sanitäre Anlagen fehlen. Eine Heizanlage ebenfalls. 300 Menschen wohnen hier.

52.

Etwas weiter entfernt befinden sich weitere Baracken.

53.

Die Bewohner sind scheu, die Umgebung verwildert.

54.

Wasser und Stromversorgung fehlen. Eine Bewohnerin lehnt aus Stolz Sozialhilfe ab.

55.

Das Leben in den Baracken ist menschenunwürdig.

56.

Betroffen von diesen Verhältnissen sind die Alten und Armen. Die Zustände werden von den anderen bewußt in Kauf genommen. Diese Verhältnisse sind keine Ausnahme.

57. *Einfachste Häuser, einfachste Bauweise, einfachste Ausstattung - für wen?*

In München werden Barackensiedlungen abgerissen und Schlichtwohnungen erbaut, die keinerlei Mindeststandard haben. Von der Kommune werden diese mit der Qualität von Altbauwohnungen verglichen.

58.

Ein schlechteres Wohnen als in diesen Schlichtwohnungen ist kaum vorstellbar.

59.

Wegen der Wohnungsnot sind ca. 15.000 Wohnungssuchende registriert. Auch die Zahl der akuten Wohnungsnotstandsfälle ist gestiegen.

60.

Von kommunalen Ämtern wird die Wohnungsmisere in der Modernisierung von Altbauten gesehen, im Zuge dessen die Mieten drastisch an-

steigen. Dazu kommen Arbeitslosigkeit, ständig steigende Mieten, geringer Lohn und Inflation. Infolgedessen werden schlechte Wohnungen angeboten und finden Mieter.

61. *Schöne Fassaden, aber dahinter steckt das Elend*

Ganze Straßenzüge sind außen verrottet und haben innen kaum sanitäre Einrichtungen.

62.

Bewohner geben aus Angst vor dem Hausbesitzer keine Antwort.

63.

Mehrere negative Faktoren mindern die Qualität der Wohngegend. Auch zerfallene Häuser werden vermietet, die von der Bauaufsicht geschlossen werden würden.

64.

Die Wohnungen in anderen Straßenzügen lassen die Bewohner erkranken. Besonders Kinder sind davon betroffen. Entwicklungsrückstände sind erkennbar.

65.

Das Elend führt nicht zu einer Solidarisierung der Bewohner. Haß richtet sich auf den Nachbarn.

66. *Liebe, wenn die Kinder weg sind*

Kinder leben lieber bei den Eltern als im Heim. Die Barackensiedlungen haben aus ihrer Sicht auch Vorteile. Andere Wohnungen sind nicht erschwinglich.

67.

Ein normales Eheleben ist bei Überbelegung nicht möglich. Sex kann nur stattfinden, wenn die Kinder weg sind. Die Bewohner werden nervös und ungeduldig.

68. *Sie tapezieren dreimal im Jahr - nutzlos*

Die Mehrzahl der Wohnungen ist von Schimmel befallen. Auch mehrmaliges Tapezieren im Jahr reicht nicht aus. Mobiliar und Kleidung verrotten dadurch.

69.

Die meisten Familien haben durch Kälte und Feuchtigkeit in der Wohnung mindestens einen Krankheitsfall im Winter.

70.

Ohne Sozialarbeiter würden Wohnungen, deren Bewohner die Gebühren nicht bezahlen können, geräumt. Dabei werden ganze Familien durch Heimunterbringung aufgelöst. Ausländer werden abgeschoben.



71.

Diese Probleme finden sich in allen sozialen Brennpunkten.

72. *Zimmer wie im Gefängnis: vier Schritte nach vorn, zwei zur Seite*  
Augsburg ist eine alte Stadt mit vielen Kulturdenkmälern.

73.

Auch hier gibt es Elendsviertel, die an Gefängnisse erinnern.

74.

Eine Mutter von 15 Kindern lebt in einer Wohnung ohne funktionierende Heizung. Im Urlaub war sie nie. Die Kinder sind oft krank.

75.

In einer anderen Wohngegend berichtet eine Frau von zu hohen Heizkosten, die nur bezahlt werden können, wenn sie Kleinartikel verkauft.

76.

Es wird über Geruchsbelästigung durch das nahe Klärwerk geklagt, ohne die gesundheitlichen Gefahren zu erkennen.

77.

In einer anderen Stadt gibt es erhebliche Lärmbelästigung. Die Mieten sind dort niedrig.

78.

In Augsburg gibt es eine Reihe solcher Siedlungen, die jedoch nicht beachtet werden.

79. *Ein Sozialarbeiter für 20.000 Menschen*

Die schlechtesten Wohnbedingungen herrschen in Rheinland-Pfalz. Beispiel: Kaiserslautern.

80.

Keine andere Kommune vernachlässigt ihre Pflichten so wie Kaiserslautern. An Lösungsmöglichkeiten wird nicht gearbeitet. Politiker bemühen sich nicht um notwendige Unterlagen, die sie stören könnten.

81.

Insgesamt gibt es 10 Sozialarbeiter für ca. 100.000 Menschen. In einem sozialen Brennpunkt ist es nur einer für 20.000.

82.

Die kommunale Verwaltung hat kein Bild von der Sozialarbeit.

83.

Grund für die Belastung der Bewohner ist die hohe Lärmbelästigung durch Flugaufkommen.

84.

Der Lärm ist eine Plage. Über die Armen wird geschwiegen. Auch hier fehlen in den Häusern die notwendigen Einrichtungen. Die Kinder sind oft krank.

85.

Einfache Wünsche von Kindern können nicht erfüllt werden. Hilfe wird von der Kommune kaum gegeben.

86.

Kinder haben kaum Spielzeug.

87.

Die Wohnverhältnisse machen die Menschen fertig.

88.

Dies sind auch in Kaiserslautern keine Einzelfälle. Auch in anderen Gegenden gibt es unzumutbare Zustände.

89.

Kinder müssen als Landarbeiter Geld hinzuverdienen. Die Bewohner haben keine Hoffnung, ihre Lage verbessern zu können. Renovierungen können nicht vorgenommen werden, da das Geld gerade für den Lebensunterhalt reicht.

90.

Bewohner teilen sich Betten oder müssen in der Küche schlafen.

91.

Überbelegung, Feuchtigkeit und fehlende sanitäre Einrichtung sind die Regel.

92.

Diese Umstände gibt es in allen besuchten Städten. Die Bewohner haben gelernt zu schweigen. Es gibt kaum Hoffnung, daß sie selbst etwas ändern.

93. *Zahlen*

Die offiziellen Zahlen sind unzureichend und wenig aussagekräftig. Bisherige Zahlen sind aussagekräftig, wenn sie differenziert betrachtet werden.

94.

Bereits 1975 wurden Zahlen zur Wohnsituation von Familien veröffentlicht.

95.

Mit wachsender Kinderzahl verschlechtert sich der Wohnraum.

96.  
Die Wohnungsversorgung verschlechtert sich mit wachsender Kinderzahl.  
Kinderzimmer fehlen.
97.  
Prozentualer Anteil von Familien, die nicht über die empfohlene Wohnungsgröße nach den „Kölner Empfehlungen 1971“ je Kind verfügen.
98.  
Arbeiterfamilien sind schlechter mit Wohnungen versorgt als andere Familien.
99.  
Die Wohnungsversorgung steigt mit dem Einkommen und fällt mit der Kinderzahl. Eine Besserversorgung kinderreicher Familien ist erst bei höherem Familieneinkommen feststellbar.
100.  
Die Chance, ein eigenes Kinderzimmer zu besitzen, nimmt mit der Anzahl der Geschwister ab.
101.  
[Überleitung: Gutachten aus dem BM für Jugend, Familie und Gesundheit]
102.  
Der Anteil, der mit Wohnraum unterversorgten Kinder ist höher als der Teil, der unterversorgten Haushalte.
103.  
Die mit Wohnraum unterversorgten Kinder konzentrieren sich in Haushalten mit überdurchschnittlicher Kinderzahl und niedrigem Einkommen.
104.  
Der 1979 veröffentlichte 3. Familienbericht behauptet, die Wohnungsversorgung habe sich seit 1965 erheblich verbessert.
105.  
Diese Behauptung ist falsch. Diese Erkenntnis wird auch von einer „amts-internen“ Untersuchung über die Wohnraumüberbelegung gestützt.
106.  
Überbelegungsquote von 5-, 6- und 7-Personenhaushalten.
107.  
Mit allgemeinen Zahlen können wenig treffende Aussagen gemacht werden.

108. *Die neue Wohnungsnot*

In Großstädten gibt es Massenaufläufe bei der Ausgabe von Tageszeitungen.

109.

Was auf dem Wohnungsmarkt angeboten wird, ist oft zu teuer oder mit schikanösen Auflagen behaftet.

110.

[Beispiel: Zusatz eines Mietvertrages, in dem gefordert wird, daß die Mieterin empfängnisverhütende Mittel benutzen solle]

111.

[Beispiel: Eine Wohnungsvermietung erfolgt nur dann, wenn für den Hausbesitzer geputzt wird] Diese Beispiele sind keine Einzelfälle.

112.

Vermieter glauben, daß sie jetzt alles fordern können. Kinderreiche Familien, WG's und alleinstehende Frauen haben kaum noch eine Chance.

113.

Der Wohnungsmarkt ist leer.

114.

In Hamburg und München suchen mehrere Zehntausend eine angemessene Sozialwohnung. Auch die Zahl der Wohnungsnotstandsfälle beträgt mehrere Tausend. Der größte Teil davon sind junge Familien, Schwerbehinderte und Alte.

115.

Derzeit gibt es einen Fehlbestand von 10 Millionen Sozialwohnungen.

116.

Forderungen des „Deutschen Mieterbundes“: Verstärkter Bau von Sozialwohnungen, Anpassung von Mieten und Beschränkung der Umwandlung von Sozialwohnungen in Eigentum.

117.

Wohnungsnot wird für die Mitte der 80er Jahre als zentrales Thema prophezeit.

118.

Ursachen der Wohnungsnot: Erhöhung der Mieten durch Modernisierung und Sanierung. Die Bewohner können sich die erhöhten Mieten nicht mehr leisten und werden aus den Stadtzentren vertrieben. Beispiel aus Peine.

119.

Geldnöte.

120.

Beispiele: Zwischen 30 und 50% des Einkommens muß für Miete aufgewendet werden.

121.

Das Grundvermögen der privaten Hausbesitzer beträgt 20 Milliarden DM. Der größte Teil der Wohnungsbauschubventionen kommt den Hausbesitzern zugute.

122.

Die Wohnungsnot wurde durch schlechte Politik verschärft. München ist Beispiel dafür.

123.

Nach der Kommunalwahl bekämpfte die CSU die Wohnungsnot durch Mieterhöhungen.

124.

Der Mietspiegel wurde bewußt verzögert.

125.

Mietwucherer wurden mit Samthandschuhen angefaßt. Anträge zum Bau von Sozialwohnungen wurden aus finanziellen Gründen abgelehnt. Die CSU betreibt eine Politik der Vertreibung von alteingesessenen Bewohnern.

126.

Die Kürzung von Bundesmitteln wird ohne Widerspruch hingenommen.

127.

Banken, die Interesse an teuren Sanierungen haben, werden an der städtischen Sanierungsgesellschaft beteiligt.

128.

Mieterschützende Vorschriften werden nicht angewandt.

129.

Wie in vielen anderen Städten gibt es auch in München einen „heimlichen Wohnraumschwund“. 10.000 Wohnungen wurden nach Schätzungen zweckentfremdet. Es handelt sich hierbei oft um familiengerechte und preiswerte Wohnungen in der Innenstadt.

130.

Bei gewerblicher Vermietung können höhere Einnahmen erzielt werden. Die Sanierung und Modernisierung lohnt sich für die Eigentümer, da es steuerliche Vorteile gibt und Sanierungskosten über die Miete wieder hereingeholt werden.

131.

In München ist die Zahl der akuten Wohnungsnotstandsfälle um 200% gestiegen. In anderen Großstädten ist es ähnlich.

132.

Es ergibt sich ein Teufelskreis, der mit den Mitteln des freien Wohnungsmarktes nicht mehr zu brechen ist. Wohnungsnot ist ein sozial- und gesellschaftspolitischer Skandal.

1.  
Die Öffentlichkeit ist von einer Tagung des Umweltausschusses ausgeschlossen.
2.  
Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW ist angereist, um die Ergebnisse einer Studie vorzulegen, die sich mit der Bleibelastung von Kindern befaßt und nach einem Zusammenhang mit „Verhaltensauffälligkeiten“ fragt.
3.  
Vor dem Sitzungssaal befinden sich betroffene Bürger, die ausdrücklich unerwünscht sind.
4.  
Beispiel: Ein Bauer, dem zahlreiche Kühe wegen Bleivergiftung verendet sind.
5.  
Es besteht Ratlosigkeit wegen der Wirkung auf Menschen. Diese Fragen richten sich an Politiker und Wissenschaftler im Sitzungssaal.
6.  
Beispiel: Eine Familie, die erst vor 4 Jahren in den Ort zog. Der Sohn gehört zur Gruppe der Kinder mit „hoher Bleikonzentration“ in den Zähnen.
7.  
Die Familie ließ auf eigene Kosten die Blei- und Cadmiumbelastung im eigenen Garten prüfen. Die Grenzwerte wurden deutlich überschritten. Wie sich die Familie schützen soll, wird von der Verwaltung nicht beantwortet.
8.  
Die Spannung vor und hinter der Tür steigt. Einigen Bürgern gelingt es, in den Sitzungssaal zu kommen.
9.  
Das Mißtrauen hat eine Geschichte.
10.  
*Schon vor zwanzig Jahren starb das Vieh: vergiftet*  
Bereits bevor andere Probleme in anderen Städten publik wurden, hatte

Stolberg seinen Bleiskandal. Die Bleihütte existiert seit dem letzten Jahrhundert. Obwohl die Schwermetallgefahr bekannt war, wurden giftige Abfälle durch den Schornstein entsorgt.

11.

Die Katastrophe begann vor zwanzig Jahren, als das Vieh auf den Weiden verendete und Kinder wegen der Bleivergiftung gelbe Ränder an den Zähnen bekamen.

12.

Zehn Jahre später lief ein Meß- und Maßnahmenprogramm der Landesregierung an. 1975 schien das Problem gelöst.

13.

Die Ruhe trog. Immer wieder verendeten Kühe.

14.

Die Bleigehalte stiegen wieder an.

15.

Für viele war dies ein Resultat der Vergangenheit.

16.

Andere machten dafür die schlecht gesicherten Halden verantwortlich, aus denen Blei in die Luft aufgewirbelt wurde.

17.

Die Bleihütte wurde zum größten deutschen Produzenten für Rohblei ausgebaut. Offiziellen Angaben zufolge werden jährlich 17 Tonnen Blei in die Luft freigesetzt. Bewohner setzen die Zahl höher an.

18. *Wie dumm sind die Bleikinder?*

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen ein sich verschärfendes Bleiproblem.

19.

Bisher wurde nur das frei zirkulierende Blei im Blut gemessen. Jetzt wurde das dauerhaft gespeicherte Blei gemessen, das bei Streß wieder in den Blutkreislauf gelangt.

20.

Nur ein Zehntel der Kinder wurde untersucht.

21.

Bei 10% der Kinder wurde ein „extrem hoher Zahnbleigehalt“ festgestellt.

22.

Ca. 100 Kinder wurden daraufhin testpsychologisch behandelt.



23.

Das wichtigste Ergebnis war, daß „Blei nicht dumm macht“.

24.

Eine genaue Betrachtung der Studienergebnisse zeigt, daß Kinder von ungelernten Arbeitern höhere Bleiwerte haben als sozial besser gestellte Kinder und Hauptschüler höher als Kinder anderer Schulen. Sonderschüler und Ausländerkinder wurden nicht beachtet.

25.

Neuropsychologische Beeinträchtigungen werden nach wissenschaftlicher Interpretation nur vorgetäuscht. Es kann auch gesagt werden, daß zu einer sozialen Benachteiligung auch eine erhöhte Belastung mit Schwermetallen hinzukommt.

26.

Bleikinder sind flüchtiger und ungenauer in der Wahrnehmung und reagieren unter Zeitdruck langsamer.

27.

Hier kommt wissenschaftlich gesichert das zurück, was die Betroffenen ohnehin bereits wissen und den Forschern bereits mitteilten. Lehrer und Eltern haben diese Beobachtungen bereits gemacht. Schulpsychologen nennen diese Verhaltensauffälligkeiten „Zappelphilipp-Syndrom“.

28. *Cadmium - die zweite Gefahr*

Die Gefahr von Blei ist allgemein bekannt. Wie sich kleine und kleinste Mengen von Belastungen auswirken, darüber besteht bei Wissenschaftlern Unsicherheit. Die zahlreichen Einzelfälle fallen durch das wissenschaftliche Raster.

29.

Eltern fordern nach der Vorstellung der Studie Antworten über die Gefährlichkeit. Auch Mediziner berichten aus ihrer Praxis über überdurchschnittliche Häufungen von Krankheitsfällen.

30.

Es gibt Grenzwerte für die Belastung. Werden diese überschritten, dann werden besonders Risikogruppen krank.

31.

Die Analyse eines Schadstoffes kann die Umweltlage nicht erklären. Auch das vorhandene Cadmium ist giftig.

32.

Durch Cadmium wird Stolberg eine „neue“ Umweltkatastrophe erleben.

33.

Cadmium wird verdächtigt, krebserregend und erbschädigend zu sein. Es

besteht die Gefahr akuter Vergiftungen.

34.

Hier sind nicht mehr Wissenschaftler, sondern Politiker gefordert.

35.

Über die Gefahren werden die Bürger nicht aufgeklärt. Die meisten Bewohner können zudem den Ort nicht verlassen.

**Puhl, Ria: Die Gefahren der modernen Medizin für die Gesundheit.  
In: Sozialmagazin 1981, 11, 68 - 69**

---

1.  
Kritik an der Schulmedizin.
2.  
Überthema des Gesundheitstages: Kriegsgefahr und Verantwortung der Ärzteschaft.
3.  
Militarisierung des Gesundheitswesens als Diskussionspunkt.
4.  
Paradoxie der Medizin im Krieg.
5.  
Angesichts bedrohlicher Lebensumstände ist Angst eine „richtige“ Reaktion. Die Angst zu entfernen, ist die falsche Reaktion. Fehlentwicklungen in der Gesellschaftspolitik müssen verdeutlicht werden.
6. *„Da das Leben obligat erlöschen muß ...“*  
Militarisierung der Medizin, Wehrmedizin und Anspruch der Mediziner.
7.  
Schäden durch einen Atomkrieg sind nicht zu behandeln.
8.  
Im Atomkrieg ist auch das Gesundheitswesen zerstört.
- 9-10  
s.o.
- 11-12  
Handeln statt behandeln lassen.
13.  
Kooperationsschwierigkeiten zwischen Sozialarbeit und Medizin.
14.  
Darstellung organisatorischer Schwierigkeiten der Tagung.
15.  
Anzahl der TeilnehmerInnen.
- 16.

Rahmen der Tagung.

17. *Ne ganz coole Tour*  
Rahmenprogramm

18. *Der „Kultur-Schock“, wie er viele traf*  
Organisatorische Probleme.

19.  
Ausblick

20.  
Kritik von und an der schulmedizinischen Vereinigung.

21-22  
Organisatorisches

**Thomas, Jürgen: Selbsthilfegruppen - eine notwendige Selbstverständlichkeit. In: Sozialmagazin 1981, 12, 64**

---

1.  
Die psychosoziale Versorgung ist gegenwärtig nicht effektiv. Dies liegt an einer wachsenden Behandlungsbedürftigkeit, medizinischer Spezialisierung, pädagogischer Verwissenschaftlichung, Inflation der Therapieformen und an der Hilflosigkeit der Helfer.
2.  
Inflationäre Entwicklung meint, daß mehr Leistungen vorgespiegelt werden als tatsächlich erbracht werden können. Dies trifft auf Medizin und Pädagogik gleichermaßen zu. Der finanzielle Aufwand ist hoch, die Effektivität gering.
3.  
Es wird ein Buch eines Psychoanalytikers zu diesem Thema vorgestellt.
4.  
Angesprochen werden Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter und Lehrer, deren psychosoziale Kompetenz durch fortschreitende Strukturveränderungen in Frage gestellt werden. Der Fortschritt der Wissenschaft bewirkt zwei Mängel:
5.  
1) Spezialisierung und Verlust einfacher und allgemeiner Behandlungsmethoden.
6.  
2) Es fehlt persönliche Zuwendung, die zur Heilung notwendig ist. Gesprächsgruppen sollen diesen Mangel beheben.
7.  
Was sind Selbsthilfegruppen?
8.  
In den Gruppen wird ohne Therapeut gelernt, mit den eigenen Konflikten, Ängsten und psychischen Problemen umzugehen. Es gibt feste Zeiten. Durch Gleichstellung der Gruppenmitglieder, Selbstbetroffenheit und Selbstbestimmung wird die Gruppe wirksam. Selbsthilfegruppen gibt es für zahlreiche Betroffene im Gesundheits- und Bildungswesen.
9.  
Selbsthilfegruppen werden immer wichtiger und erfüllen Funktionen, die professionelle Helfer nicht mehr erbringen können.

10.

Durch Selbsthilfegruppen können sich Betroffene den undurchschaubaren professionellen Versorgungsrezepten entziehen und erlangen Selbstbestimmung und Verantwortung.

11.

Selbsthilfegruppen sollen keine Konkurrenz für Experten sein. Beide sollen sich ergänzen. Dies scheint nur für die Experten ein Problem zu sein.

12.

Zusammenarbeit kann durch Netzwerkarbeit geschehen, in dem Fachleute die Selbsthilfegruppen anregen, unterstützen und beraten. [Beispiele]

13.

Durch diese Beispiele wird bereits die Effektivitätssteigerung durch Selbsthilfegruppen deutlich. Selbsthilfegruppen werden durch den Erfolg zusammengehalten. Die Existenz von Selbsthilfegruppen beweist die Wirksamkeit.

**Maier, Erne: Ein Bericht von der Konferenz der Gesundheitsminister.  
In: Unsere Jugend 1983, 1, 30 - 31**

---

1.

Zwei Themen der Konferenz sind interessant.

2. *Statische Grundlagen der Säuglingssterblichkeit*

Es werden weiterhin zwei Auswertungen der Säuglingssterblichkeit je Jahrzehnt durchgeführt, obwohl andere Statistiken aus Kostengründen eingeschränkt werden. Durch die Säuglingssterblichkeitsstatistik erhalten interessierte Personen und Berufsgruppen die notwendigen Grundlagen.

3.

Die Säuglingssterblichkeit ist seit den fünfziger Jahren außergewöhnlich gesunken und liegt in Baden-Württemberg unter 1%.

4.

Noch niedrigere Zahlen gibt es in Skandinavien.

5.

Die Senkung der Säuglingssterblichkeit bedeutet auch Senkung bestimmter Gruppen behinderter Kinder, was früher nicht für möglich gehalten wurde. Es wurde angenommen, daß bei einer Senkung der Sterblichkeit die Anzahl behinderter Kinder drastisch stiege. Behinderte Kinder lassen sich erfolgreich behandeln. Kinder mit erheblichen Mißbildungen sterben im Kleinkind- oder Schulalter.

6.

Die Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeit tragen auch dazu bei, daß prä-, peri- und postnatale Hirnschäden abnehmen. [Beispiele]

7.

Verantwortliche Personen müssen von denen lernen, die die günstigsten Zahlen aufweisen. Durch Feingliederung der Statistik sind weitere Verbesserungen möglich.

8. *Risikoschwangerschaften*

Wichtigste Maßnahme ist die frühzeitige Erkennung einer Risikoschwangerschaft. Rund ein Drittel aller Schwangerschaften sind riskant. [Beispiele]. Es darf nur dort entbunden werden, wo ein routiniertes Team tätig ist. In Kliniken mit wenig routiniertem Personal sollen nur Frauen entbinden, deren Schwangerschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit normal ist. Beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, soll der Wunsch nach Hausgeburt zurücktreten.

### 9. Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsminister werden sich später mit der Rolle der Gruppen im Gesundheitswesen befassen. Staatliche Förderung soll besprochen werden. Ein Bezug zum §1 BSHG wird festgestellt: Sozialhilfe soll Hilfeempfänger befähigen, ohne fremde Hilfe zu leben.

10.

Selbsthilfegruppen setzen sich aus Betroffenen von Krankheiten und deren Angehörigen zusammen. [Beispiel: Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V.] Aufgabe ist Information und Hilfe.

11.

[Beispiel: Körperbehinderte]

12.

[Beispiel: Behinderte Kinder] Heute gibt es zahlreiche wichtige und nicht ersetzbare Selbsthilfeverbände. Wesentlich ist das ehrenamtliche Engagement von Personen mit besonderer Erfahrung.

13.

Die Gesundheitsminister halten das ehrenamtliche Element für förderungswürdig. Die Erfahrung zeigt, daß nicht alles von diplomierten Fachkräften geleistet werden kann. Professionalisierung ist unverzichtbar, aber Laienhilfe muß hinzukommen. Laienhilfe trägt zur Selbsthilfe bei.

14.

Eine eingesetzte Arbeitsgruppe wird den Ministern die Prinzipien der Selbsthilfe erläutern.



**Feld, Edmund: Fluoridhaltige Tabletten für Kindergartenkinder. In: Unsere Jugend 1983, 4, 172 - 173**

---

1.  
In Rheinland-Pfalz werden seit einiger Zeit Fluoridtabletten zur Kariesprophylaxe für Kindergärten, Heime und Sonderschulen ausgegeben. Dies scheint problematisch.
2.  
Die Notwendigkeit der Zahngesundheitserziehung ist unbestritten. [Ursachen der Zahnfäule], [Folgen der Zahnfäule]
3.  
Die undifferenzierte Fluor-Verabreichung ist umstritten. In anderen Ländern wird Fluor dem Trinkwasser zugesetzt. Ältere sollten täglich eine Tablette nehmen. Fluoride wirken stärker als Medikamente und können Schäden verursachen. Tabletten sollten differenziert und individuell dosiert eingenommen werden.
4.  
Diese Diskussion müssen Ärzte führen. Medizinische Laien dürfen nicht verunsichert werden.
5.  
Pädagogische Überlegungen sprechen gegen eine Verabreichung von Tabletten. Die Hemmschwelle gegenüber Medikamentengebrauch wird abgebaut. 15-20% der Bevölkerung greift häufig zu Schmerzmitteln. Diese Entwicklung bereitet dem Bundesgesundheitsamt Sorge. Überlegungen zur Erschwerung der Medikamenteneinnahme werden angestellt.
6.  
Es entsteht der Glaube, daß die Einnahme von Tabletten ein ausreichender Schutz sei.
7.  
Die Vorbeugung vor Zahnfäule kann besser gelingen durch Informationen und Übungen zum Putzen der Zähne. Die letzte Verantwortung für die Zahngesundheit haben die Eltern.
8.  
Erzieher sollten Eltern Informationen über das mitzubringende Frühstück geben. [Beispiel] Ernährungsaspekte sollten im Vordergrund der Aufklärung stehen. Durch verbesserte Mundhygiene kann bessere Zahngesundheit erreicht werden.

9.

Kinder müssen trotzdem zum Zahnarzt. Ängste können abgebaut werden.  
[Beispiele]

10.

In Rheinland-Pfalz soll die Zusammenarbeit von Kindergärten und Zahnärzten durch ein "Obleuteprogramm" verbessert werden.

1.  
Kinderschuhe können in der BRD als Ursache für erworbene Fußschäden ausgeschlossen werden. Hauptursache für Fußschäden sind nicht-passende Kinderschuhe.
2.  
Fast alle Kinder kommen mit gesunden Füßen zur Welt. Fehlbildungen sind selten. Durch Früherkennung werden Fehlbildungen fast immer erkannt und behandelt.
3.  
Bei Jugendlichen finden sich häufiger Schäden, die nicht angeboren sind. [Beispiele] Diese Schäden bereiten häufig erst im Alter Beschwerden.
4.  
Noch vor einigen Jahren war die Kinderschuh-Versorgung problematisch. Die Situation hat sich gebessert.
5.  
Messungen zeigen, daß auch heute noch Kinder nicht-passende Schuhe tragen. Dies resultiert aus mangelnder Information von Eltern und Heim-erziehern.
6.  
Ein Register von Kinderschuhfachgeschäften wird vom Deutschen Schuhinstitut herausgegeben.
7.  
Nur hier sollten Schuhe gekauft werden. Im Geschäft muß überprüft werden, ob die Auflagen eingehalten werden. [Beispiel]
8.  
Mit einem Meßgerät kann die nötige Größe und Weite ermittelt werden.
9.  
Messungen sollten alle 3 Monate durchgeführt werden. Es gibt Möglichkeiten zur Kontrolle des Kinderfußwachstums.
10.  
90% der Kinder können mit den vorhandenen Größen befriedigende Schuhe erhalten. Andere Kinder können Schuhe nehmen, die eine Nummer zu groß sind.

11.

Kinder mit schmalen Füßen können Hilfsmittel in den zu großen Schuh geklebt werden. Der Fuß muß nach hinten gedrückt werden, um eine Stauchung der Zehen zu verhindern.

12.

Merkblätter des Deutschen Schuhinstitutes wurden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie erstellt. Sie sollten auch in Heimen ausliegen.

13.

[Überleitung: Parlamentarische Anfragen an die Bundesregierung]

14.

Der Bundesregierung sind die Aktivitäten des Deutschen Schuhinstitutes bekannt. Auch die Ergebnisse der Messungen sind bekannt.

15.

Die Bundesregierung ist über den Stand der wissenschaftlichen Forschung der Orthopädie im Zusammenhang mit Fußgesundheit und -bekleidung unterrichtet.

16.

Die Ergebnisse aus den Jahren 1956 und 1957 führte zur Beseitigung des festgestellten systematischen Fehlers in der Serienherstellung. Die BRD ist heute aus ärztlicher Sicht in der Kinderschuhversorgung führend.

17.

Ohne zusätzliche Kosten für die Konsumenten ist es möglich 90% der Kinder mit passenden Schuhen zu versorgen. Rund 8% bedürfen eines besonderen Angebots.

18.

Informationen über den Zusammenhang von Fußbekleidung und -gesundheit sind wichtiger Teil der Gesundheitserziehung. Hilfreich war besonders die Aufklärung der Ärzte. Weitere Aktivitäten durch die Bundesregierung sind nicht notwendig. Informationsmaterial ist vorhanden.

1.

[Bezug auf bisherige Stellungnahmen von Berufsgruppen aus der Heimerziehung] Bisher haben nur Psychologen Stellung bezogen, die sich jedoch selbstkritisch in die Verunsicherungen von Erziehern einfühlen konnten.

2.

Den Konflikten liegt ein falsch verstandener Therapiebegriff zugrunde. Psychologen werden zu Superspezialisten hochstilisiert, Erzieher für die "grobe Arbeit des Alltags" abqualifiziert. Es entstehen Probleme aus den Erwartungshaltungen und wahrgenommener Realität.

3.

Therapie wird von Gruppenerziehern abgewertet.

4.

Therapie wird von vielen Vertretern einzelner Berufsgruppen betrieben, um sich selbst und ihr Berufsfeld aufzuwerten.

5.

Ausbilder von Psychotherapeuten haben Mühe darauf hinzuweisen, daß normale Reifungskrisen nicht therapiebedürftig sind.

6.

Das Kind leidet unter den Symptomen weniger als seine Umwelt. Erst später wird es an den Folgen leiden, die heute ignoriert werden.

7.

Defizite stammen aus Beziehungsdefiziten und verlangen keine Therapie, sondern neue Erfahrungen mit neuen Beziehungen unter erschwerten Bedingungen.

8.

Kinder brauchen keine Sonderbehandlung, sondern Hilfe, sich unter anderen Menschen wertzufühlen.

9.

Extreme Schonsituationen einzelner Schulen verwirren das Kind. Kinder sind heute ohnehin verwöhnt, bei gleichzeitiger Vernachlässigung tragfähiger Beziehungen. Therapie soll ermutigen zur Bewältigung des Alltags.

10.

Die menschliche Natur hat Heiltendenzen. Reifungskrisen und Entwicklungsstörungen lösen sich in einer gesunden Umgebung auf. [Beispiele].

11.

Das heimbedürftige Kind sollte in den Genuß einer guten Heimerziehung kommen, anstatt langwierige Ambulanzmöglichkeiten auszuprobieren. Hier wird Zeit verschenkt.

12.

Zur Beratung und Bewältigung der Konflikte bedarf es einer gekonnten Diagnostik. Schwächen und kompensierende Stärken müssen aufgezeigt werden und Handlungsmöglichkeiten ermittelt werden. Die Ermittlung des Intelligenzquotienten reicht nicht aus.

13.

Hinweise auf Möglichkeiten von Kindern helfen besser als Ermahnungen. Kinder können nicht, weil sie nicht wollen. Sie wollen nicht, weil sie glauben, nicht zu können.

14.

[Aufruf an andere Berufsgruppen, die Diskussion weiterzuführen]

**Menara, Dora: Die psychosoziale Situation des Pflegekindes im Spannungsfeld zwischen leiblichen Eltern. In: Unsere Jugend 1981, 10, 435 - 437**

---

1.  
Leben Kinder getrennt von ihren Eltern, bieten Pflegeeltern bessere Möglichkeiten als ein Heim. Trotzdem sind Probleme zu erwarten.
2.  
Pflegekinder leben in dem Zwiespalt, nicht nur ein Zuhause zu haben. Sie wissen auch nicht welche ihre eigene Familie ist. Dies bedeutet Verunsicherung und Belastung.
3.  
Die Situation in Tagespflege und Dauerpflege ist unterschiedlich.
4.  
Ein Kind in Tagespflege ist täglichem Wechsel der Bezugspersonen ausgesetzt. Eine feste Bindung an eine mütterliche Person wird erschwert. Die emotionale und soziale Entwicklung wird gefährdet.
5.  
Das Pendeln zwischen den Familien bedeutet auch, unterschiedlichen Erwartungen und Geboten ausgesetzt zu sein.
6.  
Die unterschiedlichen Einstellungen in den Familien verlangt eine manchmal nicht zu erbringende Anpassungs- und Lernfähigkeit. Zusätzliche Belastungen entstehen beim Wechsel der Pflegefamilien.
7.  
Die Folge der Verunsicherungen ist ein Verlust des seelischen Gleichgewichts mit Unruhe, gestörtem Sozialverhalten, Angst und Aggression.
8.  
Kinder in Dauerpflege können sichere Bindungen eingehen.
9.  
Entscheidend ist auch, wie die leiblichen Eltern Kontakt aufnehmen und wie dieser Kontakt gehalten wird.
10.  
Melden die leiblichen Eltern Besitzansprüche an, ohne dafür in der Lage zu sein, wird das Kind verunsichert. Es entsteht die Angst, die vertrauten Bezugspersonen und das stabile Zuhause zu verlieren.

11.  
Existieren kaum Kontakte, entwickelt das Kind den Wunsch ganz zur Pflegefamilien zu gehören.
12.  
Mit fortschreitendem Alter entsteht der Wunsch, die leiblichen Eltern kennenzulernen. Dies ist die Suche nach der eigenen Identität. Auch wenn die Kinder fest mit der Pflegefamilie verbunden sind, bleibt das Problem von den leiblichen Eltern "weggegeben" worden zu sein.
13.  
Es ist die schwierige Aufgabe der Pflegeeltern, ein wertfreies und realistisches Bild der Eltern zu vermitteln. Dies ist auch Aufgabe der Heim-erziehung.
14.  
Besonderen Belastungen sind Kinder mit wechselnden Pflegefamilien ausgesetzt. Schwere Entwicklungsschäden können auftreten.
15.  
Pflegekinder sind in ihrer Gesamtentwicklung gefährdet und benötigen Engagement und Fürsorge. Bei Kindern in Tagespflege sollten sich die Eltern häufig zu gemeinsamen Gesprächen treffen. Verschiedene Erziehungsstile sollten vermieden werden. Informationen über den Tagesverlauf sollten ausgetauscht werden, um das Kind zu verstehen.
16.  
Dauerpflegekinder sollten in einer Familie bleiben. Familienwechsel bedeutet Beeinträchtigung der Entwicklung. Pflegefamilie und leibliche Familie sollten das konstruktive Gespräch suchen. Dritte können vermitteln. Hier sollten Fachleute verstärkt arbeiten.
17.  
Nur wenn ein Kontakt der Familien unmöglich ist, können Kinder für längere Zeit ohne Kontakt zu den leiblichen Eltern bleiben.



**Gunther, Eckart P.: Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Sozialmagazin 1991, 7-8, 89 - 91**

---

1.

50 VertreterInnen aus 30 Heilberufen waren bei der Tagung anwesend. Thema war die Stellungnahme zum Entwurf der „Thesen zur Kooperation der Gesundheitsberufe.“

2.

Sozialarbeiter wurden repräsentiert von Berufsverbänden der Sozialarbeiter und -pädagogen.

3.

Psychologen waren nicht vertreten, da sie sich nicht als Heilhilfsberufe bezeichnen, die eingeladen wurden. Heilpraktiker fehlten wegen der nicht vorhandenen Gesprächsbereitschaft der Ärzte.

4.

Ein älteres Thesenpapier lag bereits vor. Hier wird dem Sozialarbeiter der eigenständige Bereich der psychosozialen Versorgung zugewiesen, der gleichrangig mit der medizinischen Tätigkeit des Arztes beschrieben wird.

5.

Nach längerer Pause wurden Gespräche zwischen den Arbeitsfeldern aufgenommen.

6.

Die Konferenz wurde von der Bundesärztekammer geleitet. Besonders bei Krankenschwestern gab es Unzufriedenheit. Differenzen wurden nicht beschönigt. Es besteht Aussicht auf weitere klärende Gespräche.

7.

Das Thesenpapier wurde geändert und mit dem kleinsten gemeinsamen Nenner verabschiedet. Eine Ratifizierung und Veröffentlichung scheiterte am Veto der Verbände der Krankenschwestern, die die Anerkennung ihrer selbständigen Arbeit gefährdet sahen.

**8. Bemerkung**

Die Thesen sind politisch zu sehen. Zur Kooperation soll angehalten werden, wobei die einzelnen Berufsgruppen selbständig sind, die letzte Verantwortung aber beim Arzt bleibt. Die Bestimmungen der Selbständigkeit müssen die einzelnen Berufsgruppen leisten.

9.

Die Ärztekammer schätzt die Bedeutung des sozialpädagogischen Bereichs hoch ein. Es gibt jedoch keine Möglichkeit zur Abrechnung der

psychosozialen Leistungen.

10.

Sozialarbeit ist von der Ärzteschaft de facto anerkannt. Ziel muß die Bezahlung der Tätigkeit auf der Grundlage von BSHG und KJHG sein.

11.

[Aufruf, die Abrechnungsmöglichkeit durchzusetzen]

**Hargens, Jürgen: Frankreich - Zuviel Krankenschwestern? In: Sozialmagazin 1991, 1, 60 - 62**

---

1.

In Frankreich wächst die Anzahl in paramedikalen Berufsgruppen. [Zahlen: Steigerung der Beschäftigungszahlen seit 1980]. Die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen. [Zahlen: Kostensteigerung im Gesundheitswesen]

2.

Durch die demographische Entwicklung - besonders durch die erhöhte Zahl alter Menschen - haben diese Berufe Hochkonjunktur. Die meisten Berufsgruppen sind freiberuflich tätig. Kosten werden von den Kassen getragen. Rasch anwachsende Ausgaben verursachen bedeutende Fehlbeträge.

3.

Die Honorare haben sich erhöht. [Beispiele]. Nach Abzug der Berufsspesen und Steuern bleibt ein Lohn, der dem eines Facharbeiters entspricht.

4.

[Zahlen: Anzahl freiberuflicher Krankenschwestern; Steigerung seit 1970: absolute und Verhältniszahlen]

4a.

[Zahlen: Kosten je Krankenschwester] Die Kosten sind nach Meinung der Kassen zu hoch. Es fehlen jedoch Krankenschwestern in den Krankenhäusern. Es gibt zuviele freischaffende Schwestern.

5.

Zur Kontrolle des medizinischen Hilfspersonals soll bei der Ausbildung eine Zulassungsbeschränkung eingeführt werden. Dies scheint kein sinnvoller Weg zu sein, da ein Mangel von Pflegepersonal in Krankenhäusern besteht. Viele junge Ärzte suchen zudem eine Möglichkeit, sich in Pflegeberufen zu etablieren.

6.

Ein neues Gesetz regelt die Tätigkeit der paramedikalen Berufe und schafft die Möglichkeit, innerhalb der EU tätig zu werden.

1.  
Darstellung einer Tagung in Loccum zu dem Thema: „Genom-Analyse an Arbeitnehmern: Schutz oder Analyse“.
2.  
Die anwesenden Werksmediziner von Chemiekonzernen bekundeten keinen Bedarf. Sie waren mit Genkritikern einer Meinung. Bei näherer Betrachtung ergab sich ein anderes Bild.
3.  
Die leitenden Werksärzte von Bayer und BASF sahen keinen aktuellen Bedarf für DNA-Analysen, die noch nicht ausgereift sind.
4.  
Durch verbesserte DNA-Analysen können zu erwartende Krankheitsbilder, Widerstandsfähigkeiten und Belastbarkeiten von Arbeitnehmern ermittelt werden.
5.  
Die Diskussion konzentrierte sich auf die Genproduktanalyse.
6.  
Auf diesem Gebiet waren die Chemiekonzerne in den letzten Jahren aktiv. Beispiel: BASF untersuchte bei Freiwilligen die Geschwindigkeit des Abbaus bestimmter Stoffe. Hintergrund war die These, daß bestimmte Gene „giftende“ und entgiftende“ Enzyme vermitteln.
7.  
Bei bestimmten Arbeitnehmern wurden Chromosomenanalysen vorgenommen, die bestätigten, daß bestimmte Stoffe zellverändernd sind.
- 7A.  
Laut Auskunft des Werksarztes wird bei BASF nicht mehr offen mit dem zellverändernden Stoff gearbeitet. Ein Kritiker widersprach dieser Behauptung.
8.  
Bislang wurden Genproduktanalysen nur auf freiwilliger Basis vorgenommen. Für den Arbeitnehmer ist jedoch nicht kontrollierbar, was mit Blutproben geschieht. Ferner kann ein Arbeitnehmer aus Angst vor Repressionen einer „freiwilligen“ Untersuchung zustimmen.

9.

Die Genproduktanalyse führt nur langsam zum Ziel der Entdeckung genetischer Dispositionen für zukünftige Krankheitsbilder. Das gentechnische Denken ist zudem eindimensional, da Kausalitäten zwischen Krankheiten und Genmerkmalen hergestellt werden, die empirisch nicht nachweisbar sind.

10.

Psychosoziale Faktoren und Vorschäden durch Infekte, Alkohol- und Drogenmißbrauch werden unterschlagen.

11.

Bezüglich pränataler Diagnostik wurde vor einer Überbewertung des Gutes Gesundheit gewarnt. Denn wer die gesellschaftliche Bewertung der Gesundheit absolut setze - wie es von den Eugenikern gefordert wird - der muß alles Störende und Kranke ausgrenzen.

12.

Die Absolutsetzung von Gesundheit hat auch eine soziale Komponente. Verhält sich ein Arbeitnehmer nicht entsprechend seiner genetischen Disposition, um Krankheiten zu verhindern, besteht die Gefahr, daß soziale Leistungen vorenthalten werden.

13.

Innerbetrieblich können durch gentechnische Analysen Schutzmaßnahmen in den Hintergrund drängen.

1.

Wolfgang Schirmacher ist Professor für Philosophie an einer amerikanischen Hochschule und hat eine differenzierte Meinung über die Gentechnologie. Er lehnt die "totale Vision" ab, kann sich jedoch Eingriffe in das menschliche Erbgut vorstellen.

2.

Zitat: Es kommt auf den Versuch an, besser zu leben. Dies zu unterlassen wäre Selbstverzicht der Gattung Mensch. Euthanasie ist eine andere Sache. Hier wird bereits Lebenden das Leben abgesprochen. Was lebt, hat ein Recht zu leben. Bevor Leben entsteht, haben wir die Verantwortung, die besten Startchancen zu geben. Es ist eine bodenlose Gemeinheit, einen Menschen ein Leben als Krüppel zuzumuten, wenn dies verhindert werden könnte. In Euthanasieprogrammen geht die Gewißheit ein, zu wissen, wie der neue Mensch auszusehen hat. Dieser Anspruch wird scharf bekämpft.

3.

Mürner (Autor des Beitrages) erscheint diese Argumentation sympathisch, aber gleichzeitig gefährlich, da auf philosophischer Ebene dem Krüppel ein Lebensrecht zugestanden wird, gleichzeitig aber die Diagnose "Leben als Krüppel" zur Legitimation für verhindernde Eingriffe benutzt wird.

4.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Euthanasie und verhindernden pränatalen Eingriffen. Die Verhinderung von bevorstehenden behindertem Leben ist eine Euthanasiephantasie.

5.

Euthanasie bezieht sich zwar auf existierendes Leben, die Grundlage für "zumutbar" ist jedoch gleich. Die Assoziation von "Leben als Krüppel" mit "Gemeinheit" ist eine neunormale Behindertenfeindlichkeit. Jedem Behinderten wird die Entwicklungs- und Identitätsbildung boykottiert.

6.

Die Überheblichkeit der Diskussion mit den gentechnologischen Möglichkeiten zu verknüpfen, stellt eine neue Dimension dar, da die eigene Beteiligung ausgeklammert wird. Es wird direkt in Ideen und Phantasien eingegriffen und bestehende Ideologien angereichert, abgesichert und diskutierbar gemacht.

7.

Zitat aus Beck, Gegengifte: Die Gentechnologie will nicht die Erbkrankheiten abschaffen, sondern die Erbkranken. Erbkrank wird zu einem pränatalen Todesurteil. Menschliche Existenz wird auf ein Krankheitsmerkmal reduziert. Die Differenz der Begriffe "Erbkranker" und "Erbkrankheit" trennt Chirurgie und Gentechnologie. Die Eugenik wird durch einen rhetorischen Effekt verschleiert und erlangt die Bedeutung von Gesundheit, Produktivität und Gewinnverheißung.

8.

Auch Beck unterliegt dem rhetorischen Effekt und verwendet in seiner Argumentation behindertenorientierte Ausdrucksweisen.

9.

Aus welchem Motiv werden Fragen gestellt, wenn sie doch **nicht** diskutierbar sind? Die Kritik transportiert Geringschätzung.

10.

Wolf-Dieter Narr in Ästhetik und Kommunikation, H.69/1988: Die Verheißungen der Humangenetik sind attraktiv und human. Wer soll die Verantwortung übernehmen, erkrankte Kinder zur Welt kommen zu lassen, wenn dies verhindert werden könnte?

11.

Diese Fragen wirken ambivalent.

12.

Narr: In einer Gesellschaft, die vor Gesundheit "strotzt", fehlt es an Menschen, die die Rolle der Kranken übernehmen. Das menschliche Gefühlsleben benötigt die Gegensätze von Lust und Leid und Schmerz, um Menschliches individuell und sozial zu charakterisieren.

13.

Dadurch wird auch Normales durch die Gentechnologie bedroht .

14.

Narr: Möglicherweise kann Einigkeit über das Verfahren bei Erbkrankheiten hergestellt werden. Wie wird jedoch z.B. mit Schizophrenen verfahren, sollten gentechnische Befunde vorliegen? Wer überprüft die Befunde? Die Grenzziehung wird zum Problem der Bestimmung von Normalität.

15.

Es müssen "starke Verbote" erlassen werden, damit die Gentechnologie nicht die moralisch-gesellschaftliche Bestimmung von Normalität diktiert.

16.

Aber auch Narr argumentiert mit Behinderten als Vorwand.

17.

Durch die Argumentation der Kritik wird die Normalität preisgegeben, gleichzeitig aber als Voraussetzung benötigt.

18.

Die Entscheidung für die Gentechnologie ist bereits gefallen. Gesellschaftlich wird nur noch über verschiedene "Formen des Lebens" diskutiert.

19.

Wolfgang van den Daele (Kursbuch 94, 1988): Verbote sind nicht geeignet einen Wertewandel abzuwehren, da Werte den Verboten logisch vorausgehen. Die Gentechnologie kann Menschen als belastet und behindert identifizieren, die heute noch als gesund gelten.

20.

Daß diese Problematik in Argumentationen auftauchen bedeutet, daß berechtigt ausgesondert wird. Van den Daele, Beispiel Kleinwüchsigkeit: Es muß versucht werden, den Mißbrauch der Gentechnologie zu verhindern, ohne den Gebrauch auszuschließen.

21.

Van den Daele entscheidet damit darüber, daß Kleinwüchsigkeit nicht wünschenswert ist. Die stigmatisierende Gesellschaft ist nicht so schnell zu ändern, wie die Möglichkeiten der Gentechnologie anwachsen. Das Stigma wird verfestigt. Bei gentechnischen Defekten kann das biomedizinische Modell nicht mehr helfen, sondern nur noch die Gentechnik. Alternativen sind pränatale Diagnostik und selektive Abtreibung. Bereits Lebende und Risikopersonen haben keinerlei Perspektive auf Hilfe. Eine vage Möglichkeit liegt in den Möglichkeiten der Gentechnologie.

22.

Durch die neunormale Gesinnung wird das "vorgeburtliche Todesurteil" zu einem „nachgeburtlichen“. Die Schlußfolgerung von van den Daele's, daß Betroffene sich mit ihren Krankheiten und Behinderungen alternativ abfinden könnten, ist ahistorisch, abwertend und zweifelt die Identitätsbildung an.

23.

Die Technik hat sich verselbständigt. Diejenigen, die sich als normal fühlen, identifizieren sich mit der Technik, diejenigen, die Unbehagen spüren, gestatten ihr Ausnahmen.

24.

Gentechnologen und ihre Kritiker verfahren nach den gleichen argumentativen Prinzipien. Ehrhafte ethische Prinzipien, wie die Achtung anderer, werden fast zum Verschwinden gebracht.



**Seidel-Pielen, Eberhard: "Wir müßten mal auf den Putz hauen ...". In: Sozialmagazin 1989, 2, 40 - 45**

---

1.  
Unbemerkt von der Berliner Öffentlichkeit hat sich der Bezirk Tiergarten zum Armenhaus der Stadt entwickelt. Die Sterblichkeitsrate ist hoch, die Bausubstanz schlecht.
2.  
Seit 1988 sind die katastrophalen Lebensverhältnisse bekannt. Es wurde nichts unternommen. Die zuständige Gesundheitsrätin ist verzweifelt.
3. *Moabiter sind zu brav*  
Anders als in Kreuzberg, wo die Armut eine aggressive Komponente hat, ist die Armut in Tiergarten versteckt. Die Bewohner flüchten sich in Alkohol und Drogen oder innerfamiliäre Gewalt.
4.  
Fehlendes Selbstbewußtsein schlägt um in Isolation und Depression. Die Suizidrate ist hier doppelt so hoch wie in anderen Berliner Bezirken.
5. *Moabiter Spaziergänge*  
Von offizieller Seite wird die Armut heruntergespielt, obwohl sie leicht zu erkennen ist.
6.  
Beispiel Wilhelmshavener Str.: Ein Bewohner kann von der Sozialhilfe die Heizkosten nicht bezahlen und lagert Obstkisten als Heizmaterial in der Wohnung. Im Winter wird nur die Küche bewohnt.
7.  
Der Bewohner wurde während der Berlin-Blockade ausgezeichnet. Er bestiehlt den türkischen Lebensmittelhändler und rechtfertigt sich mit der Behauptung, die Ausländer nähmen uns die Arbeit weg.
8.  
Statistik: Tiergarten hat neben Kreuzberg den höchsten Ausländeranteil.
9.  
Beispiel Beusselstr.: Die Straße wird dominiert vom Lieferverkehr des Marktes. An der Peripherie des Marktes sammeln Bewohner weggeworfene Lebensmittel. Sie werden von Aufsichtspersonal verjagt.
10.  
Statistik: Die Anzahl der Verkehrstoten ist höher als im städtischen Mittel.

11.

Beispiel Emdener Str.: Die heruntergewirtschafteten Häuser werden an Flüchtlinge vermietet. Es kommt zu Konflikten mit der deutschen Bevölkerung und zu brutaler Gewalt.

12.

Statistik: Die Anzahl der Tuberkuloseerkrankungen ist fast doppelt so hoch wie im städtischen Mittel.

13.

Beispiel Lehrter Str.: Zur Zeit der berüchtigte Slum der Stadt. Viele Häuser können nur noch abgerissen werden. Filmteams filmen den "Bronx-Effekt" der Straße.

14.

Beispiel: Ein heruntergekommenes Haus. Die Bausubstanz ist so schlecht, daß mehrere Tonnen Kohle pro Winter nicht reichen, um die Wohnung zu heizen. Die Kinder werden trotzdem krank.

15.

Statistik: Erkrankungen der Atemwege sind höher als im städtischen Durchschnitt.

16.

Tunnels müssen die Passanten vor herabfallenden Fassadenstücken schützen. Das nahe Chemiewerk verschmutzt die Luft.

17.

Statistik: Die Säuglingssterblichkeit ist hoch.

18. *"Gehen Sie doch auf den Strich."*

Die Verwaltung unternimmt wenig, um die Mißstände zu ändern.

19.

14% der Bewohner erhalten Sozialhilfe. Das Sozialamt genießt den Ruf, besonders streng zu sein. Vor allem alleinerziehende Mütter werden schikaniert.

20.

Zeugen werden nicht zugelassen, wenn es um die Bearbeitung der Anträge zur Sozialhilfe geht.

21.

Übergriffe seitens der Sachbearbeiter gibt es laut Aussage der Verwaltung nicht. Vielmehr müssen die Sachbearbeiter vor gewalttätigen Sozialhilfeempfängern geschützt werden.

## *22. Alternativen Mangelware*

Sozial Benachteiligte sind in Tiergarten auf sich allein gestellt. Von offizieller oder alternativer Seite kommt keine Hilfe, wie sie in Kreuzberg bekannt ist. Die schlimmsten Auswirkungen können nicht abgedeckt werden.

1.  
Darstellung einer repräsentativen Untersuchung zur Wohnsituation von Kindern.
2.  
Die Wohnsituation ist gemessen an den gesetzlichen Normen befriedigend. Bezüglich der Forderungen von Pädagogik und Sozialwissenschaften jedoch verbesserungswürdig.
3.  
Variablen zur Bestimmung der Wohnqualität sind neben soziodemographischen Gegebenheiten auch der Erziehungsstil der Mutter und das Familienklima.
4.  
Eltern scheint der Einfluß der Wohnumwelt auf die Sozialisation nicht bewußt zu sein.
5.  
Das „befriedigende“ Ergebnis überrascht. Wie ist es zu erklären?
6.  
90% der Kinder und Jugendlichen haben ein Zimmer.
7.  
Die meisten müssen ihr Zimmer mit Geschwistern teilen.
8.  
 $\frac{3}{4}$  der Kinder fühlen sich in ihrem Zimmer wohl.
9.  
Der Anteil negativer Aussagen ist in Teilgruppen höher als in der Gesamtgruppe.
10.  
Das durchschnittliche Zimmer ist 12 qm groß.
11.  
Dies gilt auch für Zimmer, die geteilt werden.
12.  
Kleine Zimmer sind Folge der DIN-Norm 18011.

13.  
Das Kinderzimmer ist das kleinste der Wohnung.
14.  
Nur 18% der Mütter klagen über zu kleine Kinderzimmer.
15.  
Mehr Raum für Kinder ist jedoch ein Wunsch der Mütter.
16.  
Die Einrichtung der Kinderzimmer weist Mängel auf.
17.  
Kinder dürfen bei der Einrichtung ihrer Zimmer selten mitwirken.
18.  
Kinderzimmer werden überwiegend nur zum Schlafen genutzt.
19.  
Viele Kinder haben einen zur Wohnung gehörenden Garten.
20.  
Nur wenige dürfen ihn als Spielort nutzen.
21.  
Viele Kinder wachsen in Ein- bis Zweifamilienhäusern auf.
22.  
Diese Wohnungen sind jedoch nicht sehr groß. Die Lebensbedingungen am Stadtrand sind nicht so befriedigend, wie es die Untersucher beschreiben.
23.  
Vergleiche der Familieneinkommen
24.  
Ist das Einkommen niedrig, wachsen Kinder in großen Wohnblocks auf. Bei höherem Einkommen kann die Wohnumgebung individueller gestaltet sein.
25.  
Die Wohnungsgröße richtet sich nach dem Einkommen.
26.  
Kinder haben bei höherem Einkommen der Eltern ein Einzelzimmer.
27.  
Unabhängig vom Einkommen haben Kinder selten die größten Zimmer der Wohnung.

28.

Das Kinderzimmer wird bei höheren Einkommen stärker genutzt.

29.

Überleitung zu Erziehungsstil und Familienklima.

30. u. 31.

Mütter betonen die Notwendigkeit von Anpassung und Einordnung. Die Grundhaltung der Mütter variiert deutlicher mit dem Bildungsstatus als mit dem Haushaltseinkommen. Ist der Bildungsstatus höher, betonen die Mütter die Notwendigkeit von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

32. u. 33.

Familienklima: Bestimmung der Faktoren

34.

Herrscht ein positives Familienklima, identifizieren sich die Kinder eher mit der Familie.

35.

Zusammenfassung der Resultate: Startbedingungen für kindliche Sozialisation werden begünstigt, wenn bedürfnisgerechte Wohnverhältnisse vorliegen.

36.

Forderungen an Gesetzgebung und Normbildung, Wohnungsbau, Gestaltung der Einrichtung, zur Aufklärung der Eltern und an die Forschung.

37.

Überleitung: Darstellung von Positionen aus einer Fernsehdiskussion.

38.

Fr. Dessai, Lehrerin: Häuser sollten kindgerecht gebaut werden. In kindgerechten Häusern sollten nur Eltern mit Kindern wohnen.

39.

Hr. Duntze, Pfarrer: Kindheit und Jugend wird zu stark von den Erwachsenen festgelegt. Besser wohnen heißt, freier wohnen.

40.

Hr. Ulfert, Dipl.Sociologe: Eingriffe in den Wohnungsmarkt sind erforderlich. Verstärkte Forschungen müssen vorangetrieben werden.

41.

Hr. Koschany, Architekt: Die Beteiligten agieren korrekt im Sinne von Vorschriften, in denen die Bedürfnisse von Kindern jedoch nicht vorgesehen sind. Eine Korrektur ist nötig.

42.

Hr. Rönner, Dipl.Psychologe: Eine Verbesserung der Wohnumgebung reicht allein nicht aus. Es müssen Anregungen gegeben werden, die verbesserten Möglichkeiten zu nutzen.

43.

Fr. Seeler, Hausfrau: Kinder sollten die Einrichtungen der Erwachsenen nutzen können.

44.

Fr. Wallis, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Lebensräume sollten nicht funktional getrennt sein. Die Raumaufteilung sollte einen gesamten Lebensraum für die Familie ergeben.

45.

Die Untersuchung schildert den derzeitigen Zustand, klärt aber nicht über Ursachen auf.

46.

Städte sind unkontrolliert gewachsen oder so geplant, daß sie den Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden.

47.

Überleitung: Psychotrope Störfaktoren der Großstädte.

48.

Monotonie der Bebauung.

49.

Geometrizität

50.

Mechanisierung

51.

Streß

52.

Forderungen an eine bessere Wohnumwelt. Ein „Zurück zur Natur“ ist nicht möglich.

**Maier, Erne: Fragen zum Kinderfuß und Kinderschuh 1974. In: Unse-  
re Jugend 1975, 1, 14 - 22**

---

1.

Einleitung: Die Ansichten über den Kinderfuß und Kinderschuh gehen heute noch auseinander. Es liegen wissenschaftliche Befunde vor.

2.

Hinweis auf ein Merkblatt.

3.

Hinweis auf einen ähnlichen Bericht von 1959.

4. *Hat mein Kind normale Füße?*

99% aller Kinder kommen mit gesunden Füßen zur Welt. Die Fußentwicklung ist mit der Geburt nicht abgeschlossen. Säuglinge haben O-Beine.

5.

Eine Veränderung tritt ein, wenn Kinder stehen können. Kinder laufen auf den Großzehenballen.

6.

Kinder laufen z.T. monatelang im Zehengang.

7.

Vergleich mit dem Gang der Affen.

8.

Menschlicher Gang ist weiterentwickelt.

9.

Kinder sollten barfuß laufen lernen. Außerhalb der Wohnung in Lauflernschuhen.

10.

Der Kleinkindfuß ist anders als der Säuglingsfuß.

11.

Der Fuß des Laufanfängers ist kräftiger.

12.

Der Fuß der Kleinkindes ist weich und locker. Er neigt zum Senkknickfuß, der in dieser Phase normal ist und keiner Behandlung bedarf.



13. *Wann dürfen Kinder barfuß laufen?*

Barfußlaufen ist besser als das Laufen in Schuhen.

14.

Säuglingsfüße sollten unbekleidet sein.

15.

Auch Erwachsenen wird barfußlaufen empfohlen.

16. *Wann ist die Entwicklung des Kinderfußes abgeschlossen?*

Bei Mädchen mit ca. 12-14 Jahren, bei Jungen mit ca. 14-16 Jahren.

17. *Was ist mit den O-Beinen und X-Beinen der Kinder?*

Jedes Kind kommt mit O-Beinen zur Welt. Die Weiterentwicklung führt zur normalen Ausbildung der Gliedmaßen.

18.

Die Entwicklung ist erst im zweiten Lebensjahrzehnt abgeschlossen.

19.

Die Entstehung des X-Beines ist ungeklärt. Normalerweise ist das X-Bein bis zur Einschulung verschwunden. Wenn nicht, so liegt oft Übergewicht vor.

20.

Werden 7 cm oder mehr zwischen den Knöcheln gemessen, spricht man von X-Beinen.

21. *Hat mein Kind einen Spreizfuß?*

Spreizfüße gibt es bei Kindern nicht.

22.

Spreizfüße gehen fast immer mit Fehlstellungen der Zehen einher und resultieren aus unpassenden Schuhen.

23.

Daher sind sie erst im Jugend- und Erwachsenenalter angezeigt.

24. *Worauf kommt es bei Kinderschuhen an?*

Der Schuh soll in der Länge und Weite passen.

25.

Die Form des Schuhs soll fußgerecht sein.

26.

Es gibt genug Auswahl an passenden Schuhen. Das Problem ist das korrekte Anpassen.

27. *Worauf kommt es beim Anpassen der Kinderschuhe an?*

Ein passender Schuh muß größer sein als der Fuß, der ihn trägt. Der Fuß muß korrekt gemessen werden.

28.

Zum Messen gibt es verschiedene Geräte.

29.

Ein System heißt AKA 64.

30.

Ein anderes WMS.

31.

Kinder müssen beim Schuhkauf anwesend sein. Die Füße müssen gemessen werden.

32.

Messen ist effektiver als andere Methoden.

33.

Die Weite muß stimmen. Ein Schuh wird nach der Weite und nicht nach der Länge angepaßt.

34.

Gibt es nur eine Weite im Handel, erhalten Kinder oft zu kurze Schuhe.

35. *Ein lehrreiches Beispiel*

35-36 Beispiel: Zu kurze Schuhe.

37.

Kinder sind schmerzunempfindlich bei zu kurzen Schuhen.

38. *Ist das Beispiel realistisch?*

Das Beispiel ist realistisch bei Kindern mit sehr schmalen Füßen.

39.

Hinweis auf Meßstreifen.

40. *Auf WMS ist Verlaß*

Empfehlung der WMS-Händler. Weigert sich ein Verkäufer zu messen, ist er nicht am Kinderschuhverkauf interessiert.

41.

Messen allein reicht nicht aus. Die passenden Schuhe müssen vorhanden sein. Der Käufer muß dies überprüfen.

42. *Müssen es deutsche Kinderschuhe sein?*

Auslandsware ist qualitativ nicht anders als deutsche Schuhe. Sie unterliegen jedoch nicht den deutschen Maßvorschriften.

43.

Schuhe ohne Weitenauszeichnung nur bei kräftigen Füßen.

44. *Muß man das alles wissen?*

Der Konsument muß den Handel fordern, richtige Schuhe anzubieten.

45. *Wieviele Schuhe braucht ein Kind?*

Schuhe müssen nach dem Tragen trocken. Dafür werden mindesten 2 Paar benötigt.

46.

Es darf keine Länge übersprungen werden.

47.

Durchwächst ein Kind innerhalb eines Jahres zwei Längen, müssen es 4 Paar Schuhe sein. Sonntagsschuhe sollten nicht die einzigen passenden sein.

**Mehringer, Rainer: Überfüttert, überfordert, allein gelassen. In: Unsere Jugend 1977, 6, 241 - 249**

---

1.

Die WHO fordert Erziehung zur Gesundheit. In einer Aktion der WHO werden Eltern und Pädagogen angesprochen. Die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. hat zum Weltgesundheitstag eine Broschüre herausgegeben, die hier vorgestellt wird.

2.

Kinder sind offenbar nicht mehr erwünscht. Die Gesellschaft braucht jedoch Kinder, um die globalen Probleme zu lösen. Ehepaare brauchen Kinder, damit die Ehe harmonisch ist. Kinder brauchen Geschwister, um Mitmenschlichkeit zu erfahren.

3.

Kinder wurden bei der Schaffung sozialer Verbesserungen vergessen. Kinderechte können nicht von den Eltern allein eingefordert werden. Sie brauchen die öffentliche Meinung, Politik und die Rechtsprechung.

*4. Vorsorge - ein weitreichender Begriff*

Vorsorgeuntersuchungen der Kinder haben abgenommen. Vorsorge kann bei frühzeitiger Erkennung den Ausbruch von Krankheiten verhindern.

*5. Hygiene im Kindesalter*

Durch Erziehung zur Hygiene können Krankheiten vermieden werden.

6.

Sauberkeitserziehung sollte von Zwängen befreit werden und maßvoll erfolgen. Zur Hygiene gehören auch Impfungen. Das Impfrisiko wurde in Deutschland vermindert.

*7. Ernährungsprobleme im Kindesalter*

Das reichhaltige Ernährungsangebot wird falsch genutzt. Zusätzlich führt Bewegungsmangel zu Krankheitserscheinungen. Bereits im Säuglingsalter wird falsch ernährt.

8.

Ernährungstips

9.

Kinder wissen selbst, ob und wieviel Hunger sie haben.

10.

Dicke Kinder werden verspottet. Im Sportunterricht muß auf sie gezielt eingegangen werden. Sowohl mit den geeigneten Sportarten, als auch mit

Bewegungsübungen, die die diätetischen Maßnahmen unterstützen.

*11. Auf die Haltung kommt es an*

Die Anzahl der Kinder mit Haltungsschäden ist gestiegen. Dies resultiert u.a. aus falschem Schulmobiliar.

*12. Fußschäden können vermieden werden*

Fast alle Kinder kommen mit gesunden Füßen zur Welt. Barfußlaufen wird empfohlen. Für die Straße sind Lauflernschuhe erforderlich.

13.

Hauptursache sind nichtpassende Schuhe. Es ist wichtig, passende Schuhe zu kaufen.

14.

Kinderfüße sind wegen der Fettpolster schmerzunempfindlich. Sie können nicht ermessen, ob ein Schuh paßt oder zu kurz ist. Kinderfüße müssen deshalb gemessen werden.

*15. Das Kind im Krankenhaus*

Kinderkrankenhäuser entstanden im 19.Jh. Die Versorgung hat sich gebessert; die Säuglingssterblichkeit ist stark gesunken.

16.

Fast alle Kinder kommen im Krankenhaus zur Welt. Zur Vermeidung von Hospitalismus werden verschiedene Maßnahmen ergriffen.

17.

Die Klinikeinweisung stellt für Kinder eine Ausnahmesituation dar. Die Mitaufnahme der Mutter könnte nützlich sein.

18.

Die Besuchszeitregelung muß dringend abgesprochen werden.

*19. Gesundheitserziehung in der Familie*

In der Familie muß den Kindern der Umgang mit den Errungenschaften des Wohlstandes beigebracht werden. Viele Kinder haben Krankheiten, die aus dem falschen Umgang erfolgen.

20.

Gesundheit kann durch Modellverhalten eingeübt werden.

*21. Vorschulerziehung in der Schweiz*

Die Erziehung von Kindern findet nicht nur in den Familien statt. Andere Einrichtungen übernehmen Sozialisationsfunktionen, weisen jedoch verschiedene Vor- und Nachteile auf. Wichtige Einrichtungen sind der Frühkindergarten, der Kindergarten und die Tagesmutter.

## *22. Hilfen für das Kind im Schulalter*

Die Vergrößerung der Schulen stellt für Schulkinder eine Belastung dar. Diese können zu seelischen Nöten und Verhaltensstörungen führen.

23.

Fünffährige sollten aus kinderärztlicher Sicht noch nicht am herkömmlichen Schulbetrieb teilnehmen. Die Vorschulphase sollte dem Kindergarten zugeordnet werden.

24.

Wichtig ist die Geborgenheit im Elternhaus. Überforderung sollte unterbleiben. Sonst können Störungen auf emotionalem und sozialem Gebiet entstehen.

## *25. Hilfen für psychisch auffällige und gestörte Kinder* Überleitung

26.

Konzentrationsschwierigkeiten können aus zu hohen Leistungserwartungen der Eltern erfolgen. Oft auch durch wechselnde Eindrücke aus der Umgebung. Kinder haben eine begrenzte Konzentrationsfähigkeit. Es sollten keine Medikamente gegeben werden.

27.

Schlafstörungen können durch ein Einschlafritual überwunden werden. Möglicherweise sind Angsterlebnisse der Auslöser. Zu brave Kinder leiden möglicherweise unter affektiven Störungen. Das Schlafbedürfnis sollte nicht überschätzt werden.

## *28. Kindesmißhandlungen*

Anzahl und Häufigkeit können wegen der hohen Dunkelziffer nicht genau eingeschätzt werden. Kindesmißhandlung ist eine soziale Krankheit. Hilfe kann nur durch Behandlung der gesamten Familie erfolgen. In Holland werden Problemfamilien als Gesamtheit behandelt. In Deutschland fehlt ein entsprechendes Behandlungsnetz.

## *29. Kommentar*

Die Aufsatzsammlung richtet sich auch an Bildungsplaner und Erzieher. Hier wird Praktisches erläutert. Die Broschüre ist empfehlenswert.

30.

Kann man "fit" sein, wenn man nur um den eigenen Kreislauf kreist? Die Trennung von Körper und Geist ist unglücklich.

1.

Die Erfahrung der Kinder ist leibnäher als die der Erwachsenen. Die Empfindung des Körpers geht stärker in die Einschätzung der eigenen Persönlichkeit ein. Dies muß beim Umgang mit Kindern bedacht werden. Kinder müssen körperlich, geistig und seelisch in der Lage sein, zu folgen.

2.

Die Schulprobleme der Kinder sind häufig ein Resultat von Streß, der aus einer Unausgewogenheit von körperlicher, geistiger und seelischer Belastung folgt. Unangepaßtes Verhalten kann durch „psychokinetische“ Übungen geändert werden. Es ist Aufgabe der Sozialpädagogik, hier kompensatorisch zu arbeiten. Gesunderhaltung ist nicht allein Aufgabe der Medizin und Leibeserziehung nicht nur Sache des Schulsports.

3.

Der Schulsport ist nicht geeignet für eine Leibeserziehung im Sinne von geistiger und körperlicher Balance und Harmonie. Aufgabe der Sozialpädagogik ist es, ein Wohlbefinden auf dem Wege des Sichbesinnens und der bewußten Körperwahrnehmung herzustellen.

4.

Überleitung: Welche Übungen sind in sozialpädagogischen Institutionen möglich?

5.

Autogenes Training; Altersstufe, Formen und Ziele des Autogenen Trainings.

6.

Kinder sollen durch das Autogene Training lernen, den eigenen Körper wahrzunehmen und zu beeinflussen.

7.

Auch der Erzieher kann Vorteile vom Autogenen Training der Kinder haben.

8.

Progressive Relaxation, Beschreibung und Ziele.

9.

Versenkungsübungen. Z.B. Mantra-Übung beim gleichzeitigen Weglassen der Transzendentalen Meditation.

10.  
Übungen des japanischen Zazen
11.  
Einfache Stellungen des Yoga.
12.  
Sinnliche Betrachtung der Umwelt durch naturale Meditation.
13.  
Herstellung von Ruhe durch klassische Musik. Empfehlung einzelner Musikstücke.
14.  
Eutonie: Herstellung eines leib-seelischen Spannungsgleichgewichtes. Von der „äußeren Fühlfähigkeit“ soll auf die „innere Fühlfähigkeit“ geleitet werden.
15.  
„Tastreise“ über den eigenen Leib ermöglicht Sensibilisierung für den eigenen Körper. Problemkinder haben körperliche Hemmungen. Im Umgang mit ihnen ist es wichtig, nicht nur verbal, sondern auch körperlich nah zu sein. Die körperlichen Hemmungen müssen und können durch körperliche Nähe gelöst werden. Kinder, deren Ernährung wegen Übergewichtes umgestellt wurde, erfahren ein neues Körpergefühl. Dabei muß ihnen z.B. mit Massage geholfen werden. Es sollte integrativ vorgegangen werden.
16.  
Für körperlich gehemmte wie für „enthemmte“ Kinder eignet sich die „psychomotorische Übungsbehandlung“.
17.  
Ostasiatische Kampfsportarten wie Kung Fu sind wegen der Konzentration, Entspannungs- und Atemübungen geeignet.
18.  
Eurythmische Erziehung kann durch Tanzübungen und Übungen aus der Waldorfpädagogik erfolgen.
19.  
Durch Rhythmik und Tanz wird eine sozial-emotionale Dimension der Erziehung deutlich, da die Körperbewegung zur Gebärde wird. Körperkultur dient der Entfaltung der Persönlichkeit.



**Mehringer, Andreas: "Kranke Kinder dürfen keine Zeit haben, gesund zu werden". In: Unsere Jugend 1977, 1, 23 - 25**

---

1.

Die Aussage im Titel stammt von E. Maier anlässlich einer Konferenz 1976. Die Kapazitäten von Kinderkurheimen sind trotz Bedarf nicht ausgelastet. Notwendige Einweisungen unterbleiben aus finanziellen Gründen. Besonders aber aus der Befürchtung der Eltern, ihre Kinder könnten Schulunterricht versäumen. Psychosomatische Störungen könnten in 6-Wochen-Kuren erfolgreich therapiert werden, wenn das häusliche Milieu gesundheitspädagogisch mit einbezogen werden könnte.

2.

Dies war der Ausgangspunkt einer Tagung. Kinder stehen heute vor großen Belastungen und die heutige Generation müsste besonders stark sein, diese auszuhalten. Viele Kinder sind jedoch krank und haben keine Zeit sich zu erholen. Kuren finden wegen der Gefahr von Schulversäumnissen nur in den Sommermonaten statt. Auch in die persönliche Zuwendung ist tarifrechtliches Denken eingedrungen.

3.

Antworten wurden mit Ansätzen aus verschiedenen Richtungen diskutiert: Demographie, Krankenversicherung, Verhaltensbiologie und Schulpädagogik.

4.

In der BRD ist ein Geburtenrückgang zu verzeichnen. Dabei ist es nicht so, daß einzelne Familien kinderlos bleiben, sondern daß alle weniger Kinder haben. Der Trend geht zu Ein- und Zweikindfamilien. Dieser Rückgang hat nicht nur Gefahren, sondern bringt auch Chancen.

5.

Zu beachten ist auch die Entwicklung bei den Ausländerkindern. Ausländerkinder machen jetzt und in Zukunft einen großen Teil des Nachwuchses aus. Hier müssen gezielte Angebote gemacht werden, damit nicht eine Minderheiten-Subkultur entsteht. Diese Kinder müssen menschlich stärker einbezogen werden.

6.

Die Ausgaben für die Gesunderhaltung haben Grenzen, da sonst das Bruttozialprodukt Schaden nehmen würde. Beispiel: Unfallversicherung der Kindergarten- und Schulkinder. Die Unfallgefährdung ist in Kindergärten, Gymnasien und Realschulen höher als in Volks- und Sonderschulen.

7.

Über das Kind im Frühstadium wurde zuwenig nachgedacht. Das Menschenkind ist ungeheuer gefährdet in seiner Entwicklung, da es noch nicht als vollwertiger Mensch angesehen wird. Wir können es uns nicht leisten, Kinder krank zu machen, ohne ihnen die Möglichkeit zu bieten, sich wieder zu erholen.

8.

Die große Gefahr liegt in der Verkümmernng des Gemüts.

9.

"Ungerechtigkeiten" im Umgang mit der Gruppe können recht verstanden hilfreich sein.

10.

Die Schule kann für die Krankheit der Kinder verantwortlich gemacht werden. Mangelndes Interesse von Lehrern an der Gesundheitserziehung wird kritisiert. In Kinderkurheimen sollte unterrichtet werden.

11.

Die eigenen Probleme des Verbandes wurden zur Klärung des Problems der Gesundheitsgefährdung von Kindern zurückgestellt. Ohne Kinder kann es keine Zukunft geben.

1.

Bericht einer Fortbildungstagung der Stadt Stuttgart. Erzieher müssen sich ganzheitlich um junge Menschen in Kuren kümmern, um das körperliche, seelische und geistige Befinden zu verbessern. Die starke Vernachlässigung des Körpers und seine Bedürfnisse unter den heutigen Lebensverhältnissen, ist zu bedenken. Die Kur kann zu einem Erziehungskurs im Gesundheitsverhalten werden.

2.

Gesundheit ist ein Zustand des Fließgleichgewichtes, das durch angemessene Abfolge von Bewegung und Ruhe erhalten wird. Bewegungsmangel kann Schäden hervorrufen. Aktivitäten können so gestaltet werden, daß Kinder ihre Körpersprache entdecken und mimische Möglichkeiten entwickeln, ohne daß dies durch Zwang geschieht. Dies kann das Selbstvertrauen, die Geschicklichkeit, den Mut und die Belastbarkeit stärken.

3.

Gesundheitserziehung kann für die Kinder in ihrer eigenen Perspektive sinnvoll sein. Körperpflege kann Spaß machen, wenn sie mit positiven Erlebnissen verbunden ist.

4.

Die Kur gibt Gelegenheit, Lebensführung zu lernen. Gelernt wird durch tägliches Tun und nicht allein durch Vermittlung von Kenntnissen.

5.

Besonderer Punkt der Tagung waren die Möglichkeiten der Musikerziehung und Musiktherapie.

6.

Der Rückgang von Kinderkuren wurde bemängelt. Obwohl der Gesundheitszustand der Kinder aufgrund von Schulstreß schlechter wird, werden Kinder aus Angst vor Schulversäumnissen seltener zu Kuren geschickt. Kurheime müssen schließen; staatliche Zuschüsse fehlen.

1.  
Erste Eindrücke aus China. Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Chinesen.
2.  
Verbesserungen des Gesundheitszustandes der chinesischen Bevölkerung seit 1949. Bericht soll über die Körpererziehung im Erziehungswesen berichten und auf Gesundheitserziehung verweisen.
3.  
Einschränkungen der Aussagekraft des Berichtes.
4.  
Hinweis auf die europäische Körperkultur.
5.  
Aufbau des Berichtes.
6. *Singen und Tanzen*  
Rundgänge in chinesischen Schulen werden mit einer Aufführung abgeschlossen.
7.  
Kinder sind geschminkt und verkleidet. Die Bühne ist mit Kulissen gestaltet.
8.  
Musikstücke werden von Ansagerinnen angekündigt. Auch diese Ansagerinnen sind körperlich trainiert und sich ihrer Bewegungen bewußt.
9. Aufgeführt werden unterschiedliche Musikstücke und Lieder.
10.  
Die Lieder werden instrumentell begleitet. Manchmal mit einem Orchester.
11.  
Mitunter werden Tanzspiele aufgeführt, die besonders eindrucksvoll sind.
12.  
Die Tänze haben eine politische Botschaft. Die politische Ausrichtung durchzieht den gesamten Lehrplan und bietet den Kindern gesellschaftliche Erfahrung und Orientierung.

### 13. *Elemente des Tanzes*

Tanzelemente bringen die Aussagen der Aufführung treffsicher zur Geltung.

14.

Beispiel: Tanz der Barfußärzte.

15.

Beispiel: Fröhlichens im Kindergarten.

16.

Die Tänze sind von Perfektion und Körperbeherrschung geprägt, ohne daß Zwang vorherrscht. Kinder spielen natürlich und gelöst.

### 17. *Ästhetisches Lernen*

Die Körperbeherrschung der Kinder ist erstaunlich. Die praktische und choreographische Anleitung der Kinder ist sanft, geduldig aber konsequent. [Beispiel: Entstehung eines Tanzspiels]

18.

Inhalte der Tanzspiele werden auf verschiedenen Ebenen abgestimmt.

19.

Überwachung der Tanzspiele durch das „Erziehungsbüro“.

20.

Das Erziehungsbüro regt Tanzspiele an und gibt Hinweise.

21.

Tanzspiele werden bei besonderen Anlässen aufgeführt. Die besten Darsteller werden zu Propagandazwecken zusammengefaßt.

22.

Tanzspiele werden nicht nur in Schulen aufgeführt, sondern gehören zum allgemeinen Kulturleben. Die Schulung im Kindesalter ermöglicht die hohe Qualität.

### 23. *Gymnastik, Turnen und Sport*

Körperkultur und Sport sind wichtiger Bestandteil vom Kindergarten bis zur Uni.

24.

[Überleitung: Körperkultur außerhalb der Schule]

### 25. *Im Kindergarten*

Ausstattung der Kindergärten für körperliche Betätigung ist gut.

26.

Die Geräte sind verstellbar und lassen sich den körperlichen Möglichkeiten der Kinder anpassen. Die Kinder helfen sich beim Üben gegenseitig.

27.

Turnübungen sind tänzerisch ausgerichtet.

1.  
Das Pausenverhalten der Kinder unterscheidet sich von den europäischen Kindern. In den Pausen werden die Sport- und Turngeräte auf dem Schulhof diszipliniert genutzt.
2.  
Schüler machen auf dem Schulhof Morgengymnastik. Die Übungen werden konzentriert durchgeführt.
3.  
Später werden von einer anderen Klasse militärische Übungen durchgeführt. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht.
4.  
In China existiert ein anderes Verhältnis zum Militär.
5.  
Es ist selbstverständlich, daß auch Kinder in den gesellschaftlichen Bereich „Militär“ eingeführt werden. Zusätzlich ist der Alltag in China aggressionslos.
- 6-11.  
Im Unterricht werden am Ende von anstrengenden Stunden Entspannungsübungen durchgeführt. [Beispiel: Augengymnastik]
12.  
Die Lehrerin kontrolliert die korrekte Durchführung der Übung.
13.  
Die Übung ist gegen Kurzsichtigkeit.
14.  
In verschiedenen Klassen hängen Plakate, auf denen die Übung abgebildet ist.
15. *In der Freizeit*  
Auch außerhalb der Schule trainieren Jugendliche auf sportlich hohem Niveau und zeigen ihr Können auf Veranstaltungen. [Beispiel]
16.  
Spitzensportler werden nur befristet von ihrem Beruf freigestellt und kommen später zurück.

17.  
Sport ist kein Selbstzweck. Spitzensportler sollen die Bevölkerung zu körperlichen Betätigungen motivieren. Eine Trennung von Leistungs- und Massensport soll vermieden werden.
18.  
Beschreibung des Sports Wushu.
19.  
Wushu erfordert hohe Konzentration, Körpererziehung und Kooperation der Partner.
20.  
Wushu ist ein Massensport, der bereits im Kindesalter gelernt wird.
21.  
Ältere Menschen bevorzugen Taidji. Erklärung von Taidji.
22. *Körperliche Arbeit*  
Körperliche Arbeit hat einen hohen Stellenwert. Körperbeherrschung meint hier die Fähigkeit zur Bearbeitung von Materialien.
23.  
Überleitung
24.  
Arbeit ist „produktive Arbeit“, die konzentriert und ernst durchgeführt wird.
25.  
Produktive Arbeit wird bereits im Kindergarten gelernt.
26.  
Beispiel Fabrikarbeit.  
Kooperation mit Fabriken.
27.  
In Versuchsklassen wird die produktive Arbeit durch Arbeit in Fabriken geübt.
28.  
Eine Zweigschule wurde von Lehrern und Schülern selbst errichtet. Dort wird das Modell halb Schule / halb Arbeit praktiziert.
29.  
Beschreibung der Kaderschule von Ost-Peking.
30.  
Daten zur Kaderschule. Diese Schulen sollen eine Abspaltung von Arbeitern und Bauern verhindern.



31.

Beschreibung einer Episode über eigene Tätigkeit in einem landwirtschaftlichen Anwesen.

32. *Die gesellschaftliche Bedeutung der Körper- und Gesundheitserziehung*

Der Gesundheitszustand besonders der jungen Menschen, ist gut. Der Stellenwert der Körpererziehung ist sehr hoch und das Niveau der Körperbeherrschung ebenfalls.

33.

Die Wertschätzung der Körpererziehung in der Bevölkerung ist sehr groß. Auch die Mittel zur Körpererziehung werden anerkannt.

34.

Die Einheit von moralischer, geistiger und körperlicher Entwicklung entspricht dem Postulat der allseitigen Entfaltung des Menschen im Sozialismus.

35.

Die Einheit von Kopf- und Handarbeit ist in China ein Mittel zur Abschaffung der Klassengesellschaft.

36.

Körperliche Erziehung soll nicht zur Kompensation gesundheitsschädigender Produktionsbedingungen dienen. Körperliche Kompetenzen sollen zur Entfaltung der Persönlichkeit dienen.

**Bergmann, Klaus & Hans Prümper: Hat Peter H. noch eine Chance?  
In: Sozialmagazin 1977, 8, 44 - 49**

---

1.  
Ein großer Teil der Erwachsenenbildung ist Rehabilitation. Definition von Rehabilitation.
2.  
Anzahl der Rehabilitanten laut Angabe der Bundesanstalt für Arbeit.
3.  
Wenige Rehabilitanten finden nach der Maßnahme einen Arbeitsplatz. Viele verlieren ihren Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.
4.  
Rehabilitation wird trotz geringer Erfolgsquote ausgebaut, um Entlastungen in anderen Kassen zu erreichen.
5.  
Rehabilitation besitzt Sozialisationsfunktion.
6.  
Einleitung des Erfahrungsberichtes.
7.  
Beginn Erfahrungsbericht: Schüler treffen im Reha-Zentrum ein und sind verunsichert.
8.  
Sinnpruch zur Behandlung von „heilbaren Kranken“.
9. *Unnütz, wertlos: Wie Peter H. Alle Hoffnung genommen wurden. Rehabilitation - ein neuer Anfang?*  
Beschreibung der Krankengeschichte.
10.  
Eigene Befindlichkeit des Peter H. Hoffnung auf Umschulung.
11.  
Formulierung eigener Vorstellungen.
12.  
Hoffnung auf Neubeginn in alter Umgebung.

13.  
Bürokratisierung der Rehabilitation.
14.  
Beginn häuslicher Probleme.
15.  
Entscheidung zur Umschulung wird von anderen gefällt. Dadurch wird die eigene Gestaltung des Lebens zerstört, Fremdbestimmung.
16.  
Fremdbestimmung wird notgedrungen akzeptiert.
17.  
Andere Schüler haben die gleichen Probleme.
18.  
Gleiche Problemgeschichte.
19.  
s.o.
20.  
Fremdbestimmung setzt sich im Reha-Zentrum fort.
21.  
Unzufriedenheit im Reha-Zentrum.
22.  
s.o.
23.  
Frustration
24.  
Steigerung der Frustration durch Erkennen der Arbeitsmarktlage
25.  
Streng organisierter Tagesablauf.
26. *Die neue Angst: Alles ist wieder wie in der Schule: Druck, Angst, Konkurrenz*  
Leistungsdruck
27.  
Unstimmigkeiten durch Zeitmangel werden von externen Sozialarbeitern erkannt.

28.  
Übernahme des Lebensrhythmus.
29.  
Widerstand gegen die Fremdbestimmung scheitert an der eigenen Versagensangst.
30.  
Darstellung des Schulalltages.
31.  
Fluchtmöglichkeit ist lediglich Alkohol.
32.  
Dito
33.  
Zirkulären Prozeß von Isolation, Alkohol und Modellverhalten anderer.
34.  
Frustration durch sexuelle Deprivation.
35.  
Stigmatisierungsprozesse und wenig Kontakt zur Außenwelt.
36. *Angst macht kindisch. Menschen sind veränderlich: Sie werden so wie man sie behandelt*  
Erwachsene fallen durch die Infantilisierung in kindliche Verhaltensmuster zurück.
37.  
Struktur der Einrichtung wird kaum kritisiert. Aufbrechen/Veränderung würde Chaos verursachen.
38.  
Stabilisierung der Struktur durch Lehrer und Lehrplan.
39.  
Kritik am Frontalunterricht.
40.  
Kritik wird von den Rehabilitanten nicht formuliert, sondern der disziplinierende Frontalunterricht gefordert.
41.  
Disziplinierung durch Notengebung.
42.  
Infantilisierung durch didaktische inkompetente Lehrer.

43.  
Dito

44.  
Die Anzahl kompetenter, engagierter Lehrer ist gering.

45.  
Resultat ist jedoch nicht Veränderung, sondern schlechtes Gewissen.

46. *Am Montag besoffen. Die Rehabilitation erzeugt neue Krankheiten: psychische, soziale*  
Rehabilitation fördert Krankheiten.

47.  
Schulalltag produziert Streßpotential

48.  
s.o. und Beispiel

49.  
Flucht in Alkohol

50.  
Sozialpädagogische Hilfe macht die psychischen Resultate zu einem persönlichen Problem und koppelt sie von den Lebensumständen ab.

51.  
Rehabilitationsideologie ist nicht resistent gegen Kritik. Daraus folgen Empfindlichkeiten der Träger.

52. u. 53.  
Probleme sind den Rehabilitanten bewußt.

54.  
Rehabilitation ist ein Instrument des Kapitalismus, um das Protest- und Konfliktpotential zu verringern.

55. *Was tun? Veränderungen sind nötig. Aber wie? Und wer hat die Macht dazu?*  
Wer kann die versprochenen Hoffnungen reklamieren?

56.  
Progressive Dozenten können sich nicht durchsetzen.

57.  
Wenn Rehabilitanten ihren Unterricht selbst gestalten können, ist er effektiver.

58.  
s.o.

59.  
Zitat

60.  
s.o.

61.  
Forderungen nach Gruppenarbeit.

62.  
Forderungen nach Selbständigkeit.

63.  
Solidarisierung mit Lehrern gegen die Institution ist problematisch.

64.  
Veränderung kann nur von unten erfolgen. Es gibt jedoch sehr viel Resignation.

**Wendt, Wolf Rainer: Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, 10, 256 - 257**

---

1.

Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen verändern das Beschäftigungssystem. Die Kompetenzen von Sozialarbeitern sind berührt.

2.

Durch Einführung gesundheitsbezogener Ausbildungsgänge sollten SozialarbeiterInnen nicht die Zuständigkeit für die gesundheitlichen Belange ihrer Klientel verlieren. Begriff und Profil der „Klinischen Sozialarbeit“ muß deutlich gemacht werden. Statt Abgrenzung nach Arbeitsplätzen muß das gemeinsame herausgestellt werden: Professioneller Charakter, Qualifikation und Tätigkeitsmerkmale.

*3. Die originäre Kompetenz der Sozialarbeit ist zielgerichtete Kommunikation und Krisenregulierung*

SozialarbeiterInnen sind mit Problemen beschäftigt, die soziale, psychisch-mentale und soziale Gesundheit betreffen. Die Tätigkeit ist präventiv, kurativ und rehabilitativ. Dies geschieht in Einzelhilfe, Beratung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Soziale Arbeit gehört in das Spektrum des öffentlichen Gesundheitswesens.

4.

Es werden Methoden und Techniken angewandt, die durch Studium und Weiterbildung erlernt und praktisch angewandt wurden. Die fachliche Kompetenz ist eine zielgerichtete Kommunikation und Kooperation mit der Familie der Betroffenen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden angewandt. Weitere Kompetenzen sind nötig und werden angewandt. [Beispiele]

5.

Klinische Sozialarbeit beruht auf Kompetenzen der professionellen sozialen Arbeit. Die Fähigkeit, Krisen zu regulieren, kommt auch in der Heilung von Krankheiten zum Einsatz. Klinische Sozialarbeit besitzt ein Inventar an Methoden und unterschiedlichen Ansätzen.

*6. „Klinische Sozialarbeit“ bezeichnet erst in zweiter Linie den Ort der Tätigkeit*

Klinische Sozialarbeit wird im Gesundheitswesen und im Überschneidungsbereich von Gesundheitssystem und Sozialer Arbeit geleistet. „Klinisch“ bezieht sich auf die Behandlungspraxis. Klinische Sozialarbeit ist bei Kooperation mit anderen Heil- und Pflegeberufen notwendig, um Zusammenhänge von Umfeld und Krankheit zu erkennen.

7.

Zur Klinischen Sozialarbeit wird durch Studium, Berufspraxis und Zusatzqualifikationen befähigt. Die Befähigung sollte zukünftig zertifiziert werden.

8.

In den USA gibt es die Klinische Sozialarbeit seit Anfang der siebziger Jahre. Fachzeitschriften sind vorhanden.

9.

[Definition Klinischer Sozialarbeit]

10.

[s.o.]

11.

[s.o.]

12.

Ein einheitliches Profil läßt die Besonderheiten in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen trotzdem bestehen. Der Blick auf die Leistungen der Klinischen Sozialarbeit wird geschärft.



1.

[Vorstellung des Trägers]

2.

Das Konzept „Mädchen in Bewegung“ integriert Bewegung neu in die Mädchenarbeit. Zweitens wird ein Kooperationsmodell mit bewegungspädagogischen Spezialistinnen realisiert.

3.

In der feministischen Mädchenarbeit nahm das Körperthema eine zentrale Stellung ein. [Beispiele] Probleme wurden benannt, die die Entwicklungsmöglichkeiten von Mädchen einschränken. Damit sind nicht nur die körperlichen Möglichkeiten gemeint, sondern auch auf den gesamten Lebenszusammenhang bezogene Fähigkeiten

4.

Dies wurde auch im 6. Jugendbericht bestätigt, daß der Körperlichkeit als „Grundproblematik in der Entwicklung selbstbezogener Identität der Geschlechter betont“ wird. Die Ansatzpunkte für praktische Möglichkeiten sind spärlich.

5.

Eine Lücke an Angeboten wird deutlich. Sport stellt für Mädchen weniger einen integralen Bestandteil des Körperkonzepts dar. Diskriminierende Schulsporterfahrungen haben die Distanz vertieft. Zugangschancen zu Bewegungsprojekten sind gering. Sport wird jedoch zunehmend als Praxisansatz erschlossen. [Zitat]

6.

Zielgruppe des Projektes sind Mädchen und junge Frauen aus benachteiligten Lebenslagen, die in ihrem Sozialmilieu einer rigiden Orientierung auf traditionelle Geschlechtsrollenstereotype ausgesetzt sind. Sie haben kaum Aussichten, sich eine unabhängige Existenz zu schaffen. Nur der Körper verbleibt als biographische Kapitalressource. Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher sind sie auf sexuelle Attraktivität angewiesen. Dadurch wird eine Reduktion der Körper- und Selbsterfahrungsräume erreicht. Das Modellprojekt will Gegenerfahrungen anbieten.

7.

Es geht jedoch nicht um sportliche Fertigkeiten. Bewegungsaktivitäten sollten Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerlebnisse vermitteln. Vier Schwerpunkte wurden entwickelt: Gesundheitsförderung, ästhetisch-expressive Projekte, Erlebnis- und Abenteuerpädagogik, Bauprojekte.

8.

Bewegungsprojekte wurden in zeitweiliger Zusammenarbeit mit Spezialistinnen geplant und durchgeführt. Die Zusammenarbeit erfolgte, da die Mitarbeiterinnen diese Konzeption nicht im Rahmen der Ausbildung erlernen und zudem selten über einen privaten Zugang dazu verfügen.

9.

Dadurch kann mit dem Rückgriff auf mobile Projekte der Impuls bewegungspädagogischer Projekte genutzt werden, ohne selbst bewegungspädagogisch ausgebildet zu sein. Das arbeitsteilige Kooperationsmodell bedeutet eine effektive Unterstützung, Qualifizierung und Professionalisierung.

10.

Die Mädchen können so neue Erfahrungen machen, die sie aus dem Alltag herausheben. Persönlichkeitszüge werden sichtbar, die nicht vermutet wurden. Vorurteile werden brüchig, eingeschliffene Rollen hinfällig. Eine neue Basis für pädagogische Alltagsarbeit konnte geschaffen werden.

11.

Die Sozialpädagoginnen sehen die Bewegungsfachfrauen als Ansprechpartner für Praxisprobleme. Die Kooperation ermöglicht entlastende Praxisreflexion und vermittelt Impulse gegen Alltagsroutine. Das Kooperationsmodell kann eine Möglichkeit gegen das Burn-out-Syndrom sein.

**Mühlum, Albert: Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitsförderung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, 4, 94-95**

---

1.  
Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaften stehen vor einer weiteren Entwicklungsphase. Neben Kritik gibt es Anlaß zur Vermutung, daß in beiden Wissenschaften Gemeinsamkeiten nachweisbar sind.
2.  
Ziel der Tagung war eine Standortbestimmung in einem interdisziplinären Diskurs und der Versuch neue Perspektiven zu entwickeln, um den neuen sozialen Konstellationen begegnen zu können.
3.  
[Darstellung des Tagungsablaufes mit inhaltlichen Schwerpunkten]
4.  
Gesundheitswissenschaften sind als selbständige Disziplin noch nicht ausreichend konturiert. Zusätzlich bleibt die Definition von Gesundheit und Public Health weiterhin problematisch.
5.  
Public Health wird operational definiert.
6.  
Beeinflussung von „Health“ wird durch ein 4-Felder-Schema dargestellt und an einem Beispiel verdeutlicht. Die Ausdifferenzierung von Einrichtungen erfordert ein professionelles Umgehen mit Patienten. Die persönliche Zuwendung wird zu einem wesentlichen Faktor im Gesundheitsprozeß.
7.  
SAW verfügt über ein reichhaltiges Repertoire an Methoden, aber über zuwenig Wissen im Gesundheitsbereich.
8. *Feindliche Schwestern?*  
Kritik eines Vortrages und weiterführende Fragen.
9.  
Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissenschaften sind noch im Entstehungsprozeß und nicht eindeutig zugeordnet. [Hinweis auf T.S. Kuhn]
10.  
Das Verhältnis von Sozialarbeitswissenschaft und Gesundheitswissen-

schaften ist ungeklärt aber nicht unvereinbar.

11.

Ansatzpunkte zur Klärung des Verhältnisses durch die Ermittlung von Überschneidungen.

12. *Was die SAW noch lernen muß!*

Bericht über Forschungsschwerpunkte und Kooperationen. Hinweis auf die Randständigkeit der Sozialarbeitswissenschaft.

13.

Eine Kärgung der disziplinären Position von Gesundheitswissenschaften wurde nicht erreicht. Gesundheitswissenschaften treten selbstbewußter auf als Sozialarbeitswissenschaftler. Eine Klärung der eigenen Position geschieht pragmatisch.

14.

Sozialarbeitswissenschaft kann von den Gesundheitswissenschaften lernen selbstbewußter aufzutreten und kann zudem eigene Ergebnisse, Geschichte usw. vorweisen.

15.

Es bleibt eine partielle Konkurrenzbeziehung. Die Definitionsmacht ist ungeklärt. Sozialarbeitswissenschaft soll die eigenen Stärken herausstellen. Wissen über Gesundheit soll in die Ausbildung integriert werden.

16. *Fazit*

Theorie der Gesundheitswissenschaften entwickelt sich rasant, ohne die Praxiserwartungen erfüllen zu können. SAW hat einen unbestreitbaren Stellenwert in der Praxis, jedoch ein Theoriedefizit

17.

Beide Wissenschaften sind noch nicht etabliert, versuchen es jedoch und haben ähnliche Problembereiche. Eine Zusammenarbeit wird gefordert.

**Metzger, Sibylle: Menschen unterstützen, Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, 1+2, 19-22**

---

1.

Sozialarbeit hat ihre Wurzeln im Krankenhaus. Dieses traditionelle Arbeitsfeld gerät im Gesundheitswesen unter Druck. Neue Konzepte sind gefragt.

2.

Ziele und Inhalte der Sozialarbeit sollen konkreter formuliert werden. Methoden sollen auf erprobten Praxismodellen und Theorien basieren. Der spezielle Kontext des Krankenhauses soll berücksichtigt werden. Die Übertragbarkeit soll gegeben sein.

*3. Systemtheorie und case-management bieten angemessene Lösungen für die Sozialarbeit im Krankenhaus*

Ziel ist, die Probleme des Patienten aufzugreifen und zu lösen. Mit dem Patienten werden Handlungsspielräume und Ressourcen erschlossen.

4.

Die Lebenszeit des Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt muß ebenso berücksichtigt werden, wie das Netzwerk regionaler Institutionen.

5.

Durch Systemtheorie kann der Patient ganzheitlich gesehen werden. Das Case-Work ermöglicht eine Übertragung auf die Inhalte der Sozialarbeit im Krankenhaus.

*6. Die Aufgabe der Sozialarbeit ist das Systemmanagement*

Durch Case-Management können Dienstleistungen personenbezogen erschlossen werden. Bedarfslagen werden entsprechend aufbereitet. Drei Prinzipien werden befolgt: Befähigung des Patienten zur Selbsthilfe und Entwicklung des Vermögens sozialer Netzwerke, Steigerung der Effektivität.

7.

Der Sozialarbeiter ist ein Manager der 4 Systeme aufeinander abstimmt.

*8. Ziel ist ein besser gelingender Alltag*

Ein System ist die Institution Klinik. Der Sozialarbeiter wird von diesem System beeinflusst und muß sich diesen Erwartungen stellen. Das Klientensystem ist Nutznießer der Veränderung, aber nicht unbedingt Ziel der Veränderung. Auf das Zielgruppensystem wird eingewirkt, um die vorher ausgehandelten Veränderungen zu erreichen. Das Aktionssystem umfaßt diejenigen, mit denen der Sozialarbeiter zusammenarbeitet.

9.

Die Unterstützung bei der individuellen Alltagsweltgestaltung des Patienten ist besonders wichtig.

*10. Die Hilfe erfolgt in fünf Schritten*

Die Veränderungen geschehen prozeßhaft. Die erforderlichen Schritte erfolgen ähnlich dem Betriebsmanagement: Assessment, Planing, Intervention, Monitoring und Evaluation.

10A.

Die Schritte folgen aufeinander, werden jedoch ständig wiederholt.

*11. Ein Vertrag legt fest, wer was wann wie wo tun wird: Initiative*

Beim Beginn des Beratungsprozesses ist wichtig, wer die Initiative übernimmt. Das anfängliche Ziel muß nicht das später angestrebte Ziel sein. Eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Diensten ist nötig.

12.

Die Erwartungen des Klienten müssen geklärt werden. Dadurch wird die Zusammenarbeit geregelt und die Qualität der Zusammenarbeit bestimmt.

*13. Assessment*

Die individuelle Lebenssituation wird dargestellt. Lebensgeschichte, Lebensentwurf und Chancen der Gestaltung werden charakterisiert. Umwelt und soziale Ressourcen werden identifiziert. Sozialisationsphänomene und erworbene wie anlagebedingte Aspekte werden berücksichtigt. Gespräche mit Personen des Aktionssystems sind notwendig. Die Zieldefinition muß mit den Aufgaben des Krankenhauses abgestimmt werden.

*14. Planning*

Einzelne Vorgänge werden geplant und neu abgestimmt, bzw. neu angepaßt an Zusatzinformationen. Die einzelnen Phasen werden in einem förmlichen Kontrakt abgeschlossen. Verantwortlichkeiten werden klar definiert.

*15. Intervention*

Ziel des Kontraktes ist es, Ressourcensysteme zu erschließen. Sozialarbeit bedeutet jedoch nicht nur die Rolle des Organisators. Die Unterstützung soll sich dem Verhalten des Patienten anpassen.

*16. Sozialarbeit ist eine Dienstleistung*

Die Dienstleistung kann direkt auf den Patienten oder sein Umfeld gerichtet sein. Die Direktivität des Sozialarbeiters sollte ab-, die des Patienten zunehmen. Der Patient soll aus dieser Problemsituation herausgeführt werden. Eigene Fähigkeiten sollen erkannt werden. Das Selbsthilfepotential soll gestärkt werden, Ressourcen erschlossen werden. Über Sozialleistungen wird informiert.

17.

Neben den direkten Dienstleistungen werden auch indirekte erbracht, die auf das Umfeld des Patienten einwirken.

18. *Die Ziele von Sozialarbeit müssen öffentlich gemacht werden*

Verschiedene Ressourcensysteme werden entdeckt und miteinander verbunden. Ressourcensysteme sollen zu unterstützenden Netzwerken werden.

19.

Voraussetzung ist, daß diese Aufgaben allen Berufsgruppen im Krankenhaus bekannt sind, anerkannt und gefördert werden. Kooperation und Zusammenarbeit ist wichtig.

20. *Prozesse müssen beobachtet werden: Monitoring*

Der gesamte Prozeß wird beobachtet und dokumentiert. Mit dem Ressourcensystem werden Informationen ausgetauscht. Nur so können effektive Planungen entstehen. Störfaktoren können erkannt werden.

21.

Stimmt Verlauf und Planung nicht überein, müssen Ziele und Planung überprüft werden. Neue Probleme und Ziele bedürfen im Rahmen einer Planung der Klärung.

22.

Die Kontrolle ist ein wichtiges Instrument über dessen Funktion alle Beteiligten informiert werden müssen.

23. *Nicht nur Quantitäten, auch Qualitäten messen: Evaluation*

Sozialarbeit im Krankenhaus wird an den Qualitäten gemessen. Die Evaluation soll die Situation vor und nach der Intervention darstellen und eine Bewertung erlauben.

24.

Reflexion und Dokumentation vor, während und nach der Intervention ist erforderlich. Veränderungen im Hinblick auf 4 Dimensionen werden überprüft: Lebensgeschichte, Lebensperspektive, umweltbezogen und intrapersonlich.

25.

Die erreichten Ziele sind zu bewerten. Der Prozeß ist zu bewerten.

26. *Am Anfang an das Ende denken: Disengagement*

Der Beratungs- und Unterstützungsprozeß endet, wenn die Ziele erreicht sind.

27.

Diesen Zeitpunkt in der Praxis zu erkennen ist schwierig. Die kurze

Verweildauer befristet den Beratungsprozeß. Mit dem Patienten soll das Ende geplant werden, damit er sich als gleichberechtigter Partner fühlt.



1.

Verändernde Rahmenbedingungen wirken auf den Sozialdienst im Krankenhaus. Spezifische Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes sind nicht formuliert. Fehlende Informationen und das uneinheitliche Bild machen den Sozialdienst uneinschätzbar.

2. *Was machen wir eigentlich?*

Die professionelle Arbeit auf hohem Niveau wird nicht transparent gemacht. Verwaltungsabläufe sind antiquiert. Organisatorische Änderungen sind notwendig. Einige Aspekte fachlich-methodischer Arbeit sind stark angstbesetzt.

3.

Bedürfnisse der Sozialarbeit waren zudem geprägt vom Fremdbild der Klinik. Die Uneinheitlichkeit des Selbstbildes überließ die inhaltliche Bestimmung der Fremdzuweisung.

4. *Ein Formular als Konzept*

Veränderungsziele wurden in einem Handlungskonzept formuliert. [Liste der Ziele]

5.

Einführung eines „Anforderungsformulars für Leistungen des Sozialdienstes“. Kontaktaufnahme von anderen Abteilungen erfolgt aufgrund dieses Formulars.

6.

Vorderseite des Formulars: Informationen, die für die sozialdienstliche Intervention relevant sind.

7.

Rückseite dokumentiert den Einzelfall. Handlungskonzepte werden formuliert. Netzwerkinformationen, formale Verlaufparameter und Gesprächsnotizen werden dokumentiert. EDV-Übertragung ist möglich.

8.

Nach einer Erprobung wurde das System klinikübergreifend eingeführt. Methodische Sicherheit und individuelle Freiheiten wurden gesichert. Die Daten helfen bei der Bewertung des Einzelfalles und erleichtern die Verwaltung.

9.

Differenzierte Einzelkonzepte für verschiedene Klientengruppen sind geplant. Ziel ist ein verbindlicher Zeitplan und Personalbedarfsplanung.

10. *Und die Nutzer?*

Veränderungsprozesse sollen im Klientensystem erfolgen. Ein Anstoß muß von einer anderen Seite erfolgen.

11.

Zielgruppensysteme sollen miteinbezogen werden. Sie werden im gesundheitspädagogischen Programm bedacht. [Beispiele]

12.

Die Weitergabe der Sozialdienst Erfahrungen soll institutionalisiert werden. Die Arbeit soll in verschiedenen Gremien erfolgen. [Beispiele]

13. *Resümee*

Der mühsame Prozeß hat sich gelohnt.

14

Eine professionelle Auseinandersetzung mit der eigenen Tätigkeit lohnt sich und hilft wieder konzeptioneller zu denken. Eigene Fähigkeiten werden wahrgenommen und konstruktiv eingesetzt.

15

Der Klient steht im Mittelpunkt der Bemühungen und spürt die Professionalisierung.

**Mühlum, Albert: Sozialarbeit im Gesundheitsamt. Blätter der Wohlfahrtspflege 1995, 1+2, 32-33**

---

1

[Bericht über eine Sitzung des Arbeitskreises „Sozialarbeit und Gesundheitswesen“]. Eine Standortbestimmung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist schwierig. Dieses Feld befindet sich im Umbruch. Rechtsgrundlagen stammen aus dem Jahr 1934.

2

Eigene Landesgesetze sind geplant. Die geplanten Neuordnungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind strittig, z.B. die Kommunalisierung der Gesundheitsämter und die Reduktion von Aufgaben. Vom Abbau betroffen sind besonders Tätigkeiten der individuellen sozialmedizinischen Betreuung.

3

Veränderungen auf dem Markt sozialer Dienste sind verantwortlich dafür. Die Leistungen des Gesundheitsamtes sollen von den Leistungen freier Träger abgegrenzt werden. Weitere Argumente sind die Verwaltungsreform und die Finanzkrise öffentlicher Haushalte. Die Forderung, Gesundheitsämter auf ihre originäre Aufgaben zurückzuführen, wurde anfänglich begrüßt, nun aber kritisiert.

4

Unterschiedliche Aufgaben und Berufsgruppen kennzeichnen den öffentlichen Gesundheitsdienst. [Problemgruppen] Prävention kommt zu kurz, obwohl dies Aufgabe ist. Im Vordergrund steht die Arbeit mit einzelnen. Kooperation mit anderen Institutionen sollte erfolgen.

5

Einzelfallbezogene Aufgaben sollen reduziert werden. Koordinierende Aufgaben sollen verstärkt werden. Gesundheitsämter sollen dadurch Kontakt- und Informationsstelle werden. Gesundheitsämter sollen Basisangebote stellen: hoheitliche Aufgaben, Information und Beratung, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Koordinierung von Frühbetreuung und psychiatrischer Maßnahmen und präventive Aufgaben.

6

Eine Marginalisierung der Sozialarbeit im Gesundheitsamt ist zu befürchten. Sozialarbeiter waren bisher bereits als Assistenten der Ärzte unzufrieden. Ärzte definieren von außen die Aufgaben der Sozialarbeit.

7

Das Profil der Sozialarbeit verschwimmt. Das Image der Gesundheitsämter als Kontrollorgane ist problematisch. Negativ ist auch die Mittel-

schichtorientierung und die reaktive Grundhaltung von Leitern, die nur auf Druck tätig werden.

8

Probleme ergeben sich auch aus den unterschiedlichen Erklärungsmodellen für Gesundheitsverhalten. Menschliche Not wird dadurch verwaltet und kontrolliert.

9

Die Evaluation der sozialen Arbeit wird diskutiert, liegt aber im argen.

10

Neue theoretische und methodische Ansätze sind nötig, um die Veränderungen bewältigen zu können. Modelle der Gemeinwesenarbeit werden an Bedeutung gewinnen.

11

Positive Erfahrungen werden dort gemacht, wo in einzelnen Bezirken thematisch gearbeitet wird. Die Fähigkeit zur Konzeptualisierung und Selbstgestaltung wird wichtig, um flexibel und angemessen auf die sich verändernden Umständen zu reagieren. Die geleistete Arbeit muß transparent gemacht werden.

12

Schlüsselfrage ist: Nutzen die Neuorganisationen dem Klienten? Werden spezifische Betreuungsaufgaben an andere Fachdienste oder Laien übergeben, bleibt die Frage, wer den Helfern hilft.

13

Sozialarbeit im Gesundheitsdienst soll erhalten bleiben. Eine Akzentverschiebung bedeutet eine Veränderung von Arbeitsweisen und Methoden.

14

Wie soll ausgebildet werden?

15

Gruppen- und gemeinwesenorientierte Konzepte müssen die Einzelfallorientierung ablösen. Zur selbständigen Arbeit unter gesellschaftlichem Anspruch soll befähigt werden. Gesundheitsberichterstattung, effektive Mittelwerbung, Strukturierung der Selbstbestimmung und öffentlichkeitswirksame Darstellung der Arbeit u.a. sollen beherrscht werden.

16

Auch die Fachhochschulen müssen sich diesem Thema stellen. Die Professionalität muß insgesamt diskutiert werden. Wegen der eher schwachen Stellung des Sozialarbeiters, muß die professionelle Kompetenz zuverlässig entwickelt werden. Eine Sozialarbeitswissenschaft ist überfällig. Kernaussagen sind selbst zu definieren. Die Kooperation von Gesundheitsamt und Fachhochschulen steht am Anfang.

17

[Themen der nächsten Sitzung des Arbeitskreises.]

1

[Einleitung] Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und Gesundheit ist bekannt. Schlechte soziale Lagen begünstigen Krankheit.

2

Viele populäre Konzepte sind schlecht definierbar.

3

Begriffe werden so verwendet, wie sie gern gesehen werden und in den jeweiligen Argumentationsgang passen. Solche Begriffe sind z.B. Gesundheitsförderung, Empowerment und Bürgerbeteiligung.

#### 4 *Lebenslage und Gesundheit*

Je schlechter die Lebenslage, um so höher das Risiko zu erkranken und desto geringer die Möglichkeiten einer Bewältigung.

5

Verbesserungen sind Verbesserungen von sozialen Verhältnissen. Soziale Arbeit ist deshalb ein Beitrag zur Gesundheitsförderung.

6

[WHO-Definition der Gesundheitsförderung, Ottawa-Charta]

7

Gesundheitsförderung kann als gesundheitsbezogenes Empowerment aufgefaßt werden.

8

Im Dreisatz wäre zu schließen, daß soziale Arbeit zugleich Empowerment ist. Es gibt zwar Überschneidungen, die Begriffe sind jedoch nicht austauschbar.

9

Eine anerkannte Übersetzung von Empowerment gibt es bislang nicht, da bei bisherigen Versuchen Teile des Sinngehaltes verlorengehen. Die Ottawa-Charta kommt dem Begriff sehr nahe. [Beispiele] Empowerment bedeutet Aktivierung von Personen, die in gesellschaftlichen Verteilungskämpfen zu kurz gekommen sind. Es bedeutet auch, Aktivitäten von der Basis aus anzustoßen, um benachteiligte Gruppen zu stärken.

#### 10 *Lokale Einrichtungen und Institutionen*

In einem Forschungsprojekt wurde die Bedeutung von lokalen Einrichtungen untersucht.

11

Es wurde von den Konzepten "soziale Unterstützung", "soziale Aktionen", "Netzwerkförderung" und "Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit" ausgegangen. Der letzte Begriff soll Empowerment darstellen.

12

[Ergebnisse] Fast alle Initiativen streben eines von den Zielen der ersten drei Konzepte an. Die Ziele werden z.T. gut bis sehr gut erreicht. Gesundere Arbeits- und Umweltbedingungen sollen geschaffen werden. Gut die Hälfte wollen allgemein gesündere Lebens- und Zukunftsbedingungen. Fast alle wollen persönliche Netzwerke entlasten oder stärken. Anregung oder Unterstützung neuer Netzwerke ist ebenfalls ein Ziel, das z.T. gut erreicht wird.

13

Die letztgenannten Aktivitäten beinhalten Elemente von Empowerment.

14

Neben diesen indirekten Empowerment-Elementen gibt es auch ausdrückliche Empowerment-Ansätze. Dazu muß der Begriff operational definiert werden. Der Ausdruck "Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit" wurde gewählt.

15

Die Bedeutung von Empowerment resultiert aus dem Phänomen, daß Ohnmacht gegenüber Entscheidungen anderer und gegenüber den eigenen Lebensbedingungen, die Entstehung von Krankheit und psychosomatischer Beschwerden fördert. Die Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit kann das physische, psychische und soziale Wohlbefinden stärken.

16

Dies steht im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung, die krankheitsspezifisch die Abhängigkeit von Experten beibehält.

17

Das Konzept des Empowerment wurde operationalisiert, damit es bezüglich einzelner und Gruppen abfragbar ist. [Beispiel]

18

Sehr viele Einrichtungen streben eines oder mehrere dieser Ziele an.

19

Implizite und explizite Ziele der Aktivitäten im Sinne der Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit sind Kennzeichen der freien Initiativen. Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung sind stark

ähnende Ansätze. Kern des Selbstverständnisses ist der Empowerment-Ansatz.

20

Als Konsequenz sollte Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit nicht nur individuell gefördert, sondern strukturell abgesichert werden.

#### 21 *Bürgerbeteiligung und Brückeninstanzen*

Zur Gesundheitsförderung gehört auch die Bürgerbeteiligung. Hier werden wesentliche Komponenten der Gesundheitsförderung aufgenommen. [Beispiel]

22

Bürgerbeteiligung ist ein mißbrauchter Begriff. Die vorfindbaren Formen der Bürgerbeteiligung lassen sich in 12 Stufen zusammenfassen. [Beispiel]

23

[Erläuterung der Stufen]

24

Bürgerbeteiligung kann durch formell abgesicherte Verfahren geschehen. Strukturelle Garantien sind nötig. [Beispiele: Gruppen aus Hamburg]

25

[Beispiel]

26

Bürgerbeteiligung bedeutet eine Umverteilung der bestehenden Macht.

27

Problem der Bürgerbeteiligung ist, die individuellen Bedürfnisse in gesellschaftliche Machtstrukturen zu integrieren. Dazu eignen sich "vermittelnde Strukturen" oder "Brückeneinrichtungen" [Literaturhinweis]

#### 28 *Kritik*

Drei Ebenen werden durch Empowerment angesprochen: Ziele, Normen und Werte; Methoden, Techniken und Verfahren; Grundhaltungen in der therapeutischen, beratenden und politischen Arbeit.

29

[Überleitung]

30

Empowerment beinhaltet ein sehr positives und idealistisches Menschenbild. [Beispiele] Es ist zu klären, wer Power besitzt und welche Normierungsfragen damit verknüpft sind.



31

Die Selbstevaluation ist im normalen Tagesablauf schwierig.

32

[Beispiel aus einem amerikanischen Gemeinwesenprojekt.]

33 *Ausblick*

Empowerment ist als Theorie oder Forschungskonzept nicht greifbar. Es ist ein anregendes Reflexions- und Diskussionskonzept.

34

Als Handlungskonzept kommt es nur für Professionelle in Frage, die in privilegierter Position mit eigenmächtig gestaltbaren Handlungsspielräumen tätig sind. Eine Abkehr von der Helferrolle ist hier möglich, um neue Positionen zu beziehen.

35

Das Empowerment-Konzept hat eine "Leuchtfener-Funktion": Es gibt Orientierung und Energie, sowie Wärme, da es einen (politischen) Lagerfeuer ähnelt.

1

Gesundheitserziehung war stets Aufgabe in Kindergärten. Bisher mit medizinisch-naturwissenschaftlicher Sichtweise.

2

Sozialpädagogisches Aufgabenverständnis im Kindergarten führt zu einer Kritik an herkömmlichen Gesundheitsprogrammen. Kindergarten soll Lern- und Erfahrungsort sein. Kindergärten sind Orte der primären Gesundheitsvorsorge. Kinder sollen zur Gesundheit motiviert werden.

### 3 *Gesundheitsförderung und Situationsansatz*

WHO-Definition von Gesundheit (1977) [sic!] und Ottawa-Charta.

4

Übertragung auf Kindergartenarbeit zeigt deutliche Parallelen zum Situationsansatz.

5

Gesundheitsrelevante Faktoren in den Umständen des täglichen Lebens müssen erkannt werden. Gestaltung der eigenen Lebenssituation ist mit der eigenen Gesundheit verknüpft. Gesundheitsförderung ist Bestandteil des pädagogischen Konzeptes eines Kindergartens.

### 6 *Hindernisse in der Praxis*

Probleme bei der Projektdurchführung.

7

Widerspruch von eigenem Gesundheitsverständnis der Erzieherinnen und Gesundheitserziehung. Gesundheit ist Wohlbefinden. Gesundheitserziehung im Kindergarten ist eine Last. Gesundheitserziehung beschäftigt sich nur mit körperlichen Dimensionen.

8

Vorgegebene (medizinische) Gesundheitsprogramme sind einfacher durchführbar. Die Thematisierung von seelischen und sozialen Faktoren bringt Unsicherheit im pädagogischen Handeln.

9

Erzieherinnen haben ein mangelndes Selbstbewußtsein in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

10

Die Verantwortung für gesundheitsförderliches Verhalten von Kindern

wurde anderen Personen zugeschrieben, z.B. den Eltern.

#### 11 *Fachliche Perspektiven*

Die Probleme wurden den Erzieherinnen verdeutlicht. Die Erkenntnis, daß Krankheit zum Leben gehört, erleichtert den Umgang mit Fragen der Gesundheitserziehung.

#### 12

In der sozialpädagogischen Praxis muß die Arbeit reflektiert werden.  
[Beispiel: Situationen beim Essen]

#### 13 *Erzieherinnen und Erzieher als Experten*

Eine Kooperation mit anderen Gesundheitsexperten muß mit größerem Selbstbewußtsein erfolgen.

#### 14

Die Entwicklung einer Fachlichkeit schafft Perspektiven.

1

Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention sind durch das Gesundheitsreformgesetz in die Diskussion geraten. Es wird diskutiert, ob Gesundheit im gleichen System organisiert werden muß wie die Krankheitsbehandlung. Ist dies nur eine medizinische Disziplin? Wie sollen chronisch Kranke versorgt werden?

2

[Überleitung] Es sollte keine Dominanz der Medizin geben. Psychotherapie und Beratung sollten verstärkt genutzt werden. Im präventiven und besonders im kurativen Bereich sollte die Vorherrschaft des medizinischen Krankheitsmodells aufgegeben werden.

3

[These 1]: Trotz eines hohen psychotherapeutischen Behandlungsbedarfes ist die Versorgung unzureichend. Gemessen an den Aufwendungen für Psychopharmaka, sind die Aufwendungen für Psychotherapie geringfügig.

4

Aufgrund offizieller Angaben kann davon ausgegangen werden, daß ca. 12,5% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres psychiatrisch behandlungsbedürftig wird. Etwa 40% sind im weitesten Sinne psychisch gestört. Viele Bedürftige werden nicht behandelt. Abhängigkeitserkrankungen und psychische Alterserkrankungen nehmen stark zu.

5

Bei ca. 1,5-2% ist ein eindeutiger Behandlungsbedarf angezeigt. Der Anteil der Ausgaben für ambulante psychotherapeutische Behandlung entspricht kaum mehr als ein halbes Prozent der Ausgaben der kassenärztlichen Versorgung. Die Kosten für Psychotherapie sind gemessen an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung gering.

6

[These 2]: Psychologische und sozialwissenschaftliche Modelle von Krankheit haben sich für Behandlungsmethoden gut bewährt. In der Prävention haben sie eine Vorrangstellung gegenüber medizinischen Modellen.

7

Der Krankheitsbegriff aus der Rechtsprechung ist umstritten. Psychosoziale Modelle haben sich bewährt. Andere Modelle sollten die zu kurz greifende arztzentrierte Gesundheitsberatung überwinden.

8

Gesundheit kann nur dauerhaft erreicht werden, wenn Persönlichkeits- und Einstellungsveränderungen erzielt werden. Das biopsychosoziale Verständnis ist ein Fortschritt gegenüber dem biologistischen. Die Begriffsbildung sollte keine leere Worthülse bleiben, die zu einer neuen ärztlichen Spezialdisziplin führt.

9

[These 3]: Die verschriebenen Arzneimittel sind unnötig hoch. Fachpsychotherapeutische Hilfe wäre angemessen.

10

Psychopharmaka werden viel zu häufig verschrieben. In der Akutmedizin stehen zwar wenig Alternativen zur Verfügung. Trotzdem werden zu schnell Medikamente verschrieben, die zudem häufig nicht eingenommen werden.

11

[These 4]: Erfahrungen und Ergebnisse belegen die Wirksamkeit multiprofessioneller Ansätze. Im neuen Gesundheitsreformgesetz wurde ein veralteter Krankheitsbegriff beibehalten. Die medizinische und ökonomische Orientierung wurde beibehalten.

12

Gesundheitsförderung ist nur von Ärzten abrechenbar und steht damit im Widerspruch zum Ansatz der mehrdimensionalen Gesundheitsförderung.

13

[Beispiel: SGB V, §§ 27, 28]

14

[These 5]: Psychotherapie wird von den Kassen zunehmend nur dann anerkannt, wenn sie den Therapierichtlinien entspricht. Das Verfahren diskriminiert die Psychologie als Wissenschaft und läßt sie zu einer Teildisziplin der Medizin werden.

15

Nach einer Untersuchung entstehen unzumutbare Beeinträchtigungen der Berufsausübung nichtärztlicher Psychotherapeuten durch den Ausschluß von Methoden aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klientenzentrierte Psychotherapie wird durch den Negativkatalog besonders diskriminiert. Der Patient muß sich somit der Therapie anpassen. Die Orientierung am gesunden Menschen bleibt aus.

16

[These 6]: Die beteiligten Berufsgruppen müssen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung in ihren Kompetenzen besser aufeinander abgestimmt wer-

den. Spezialwissen kann Basiswissen nicht ersetzen. Beides ergänzt sich.

17

Ein Psychotherapeutengesetz wird gefordert. Psychotherapien können ausreichen, um psychische Leiden zu lindern. Fehlbehandlungen könnten vermieden werden. An die Nachweisqualität für medizinische Behandlungen sollten ähnlich hohe Kriterien gelegt werden wie an Psychotherapien.

18

[These 7]: Das Gesundheitssystem sollte psychologisch erneuert werden. Statt bewährte Verfahren auszuschließen, sollten diese verstärkt mit einbezogen werden. Eine humanistische Orientierung könnte präventive Kompetenzen als Ressourcen nutzen.

19

Professionelle Kompetenzen und Kenntnisse sollten auf den individuellen Bedarf abgestimmt werden. Reale Bedürfnisse und Möglichkeiten müssen erkannt werden.

20

Die Fähigkeit tatsächliche Kompetenzen einzuschätzen ist gefordert. Mit geeigneten Partnern zum Wohl des Patienten soll kooperiert werden.

1

Die koronare Herzkrankheit und deren Komplikationen gehört zu den schwersten körperlichen Erkrankungen. Mortalitäts- und Morbititätsrate haben stark zugenommen.

2

Bisher stand der organisch-medizinische Zugang im Vordergrund. Persönlichkeit und soziales Umfeld gelangen erst jetzt ins Blickfeld. Die alleinige körperliche Ertüchtigung reicht nicht aus. Der medizinische Erfolg kann nicht nur aus somatisch günstigem Verlauf hergeleitet werden.

### 3 *Psychodynamik und Krankheitssituation*

Die Persönlichkeitszüge von Koronarkranken sind als Steigerung von Verhaltensmustern aus der Industriegesellschaft zu bezeichnen. Leistung wird betont, offene Auseinandersetzung vermieden. Typisch ist Ruhelosigkeit in Mußestunden und Schuldgefühle bei Entspannung.

4

In der Herzinfarktsituation kulminieren die bestehenden Belastungen und überfordern die Anpassungsmechanismen. Verluste in mehreren Lebensbereichen werden erlebt. Eine Verunsicherung tritt ein, das Schicksal erscheint unbeeinflussbar. Endgültiges Scheitern wird befürchtet. Angstzustände und Depressionen kennzeichnen das Befinden.

5

Die körperlichen Beeinträchtigungen lösen psychische Begleitprozesse aus. Ein neues Selbstbild muß aufgebaut werden.

### 6 *Psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit Herzpatienten*

Schwierigkeiten in der Arbeit mit Herzpatienten sind die Ablehnung gefühlshafter Äußerungen und die Ablehnung von Hilfen anderer. Der Herzpatient erscheint „antipsychologisch“. Alles Psychische wird negativ bewertet.

7

Hintergrund der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind oft psychosoziale Konflikte und Arbeitsprobleme.

8

In Einzeltherapien werden Probleme deutlich, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Andererseits werden Probleme aus dem gesamten Spektrum der Klinischen Psychologie deutlich.

9

Die Genese ist bei vielen ähnlich. Äußerer und innerer Druck, Anspannung und Angst spielen eine zentrale Rolle. Nichterkrankte Ehepartner, die trotzdem betroffen sind, werden z.T. in die Therapie mit einbezogen.

#### 10 *Fördernde Bedingungen für Einzel- und Gruppengespräche*

Günstige Erfahrungen wurden gemacht, wenn Risikoverhaltensweisen, Krankheitsverarbeitung und die körperliche Erkrankung in die Gespräche mit einbezogen werden konnten. Eine Kombination mit übenden Verfahren ist sinnvoll.

11

Untersuchungen zeigten, daß bei Herzpatienten die Klientenzentrierte Psychotherapie gute Erfolge hat.

12

Grundvoraussetzung ist ein gutes emotionales Klima in den Kliniken. Ein Nachdenken über eigene Fähigkeiten und Grenzen sollte sich einstellen. Nicht nur die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit sollte als Ziel gesehen werden. Die Todesnähe sollte als Signal begriffen werden, um über neue Lebenseinstellungen nachzudenken.

13

Klientenzentrierte Berater sollten sehr intensive gefühlsverbalisierende Äußerungen bei Herzpatienten vermeiden, da diese nicht über ein ausreichendes inneres Raster für emotionale Qualitäten verfügen. Die Befriedigung der Versorgungswünsche von Herzpatienten sollte respektiert werden.

#### 14 *Gespräche mit herzoperierten Patienten*

Die chirurgische Versorgung von Patienten nach Herzerkrankungen nimmt in den letzten Jahren zu und stellt für ihn und seine Familie ein belastendes Ereignis dar.

15

Alle bisherigen Sicherheiten werden im Verlauf der Erkrankung und Therapie in Frage gestellt. Ängste vor Ungewißheit tauchen auf. Die eigene Existenz wird fraglich. Die Zahl der psychischen Störungen nach Operationen nimmt zu. Die Verlegung aus der Intensivbehandlung in die Rehabilitation führt zu neuer Unsicherheit.

16

Diese Verlegung fällt oft in die Zeit eines psychischen Tiefpunktes. Modellversuche geben vor oder nach der Operation die Möglichkeit zur Beratung.

17

Durch Betreuungsbeginn vor der Operation kann eine Patient-Therapeut-Beziehung aufgebaut werden. Störungen können im Vorfeld erkannt



werden. Der Einbezug von Ehepartners fördert Bewältigungsstrategien.

18

In Gruppen mit anderen Betroffenen verlieren viele Probleme an Bedrohlichkeit und können akzeptiert werden. Ängste und Verunsicherungen werden reduziert, neue Lebensziele anvisiert.

19

Veränderungen benötigen Zeit. Der Aufbau einer tragfähigen Patient-Therapeut-Beziehung ebenfalls. Ein klientenzentriertes Vorgehen ist sinnvoll.

**Forum Chronisch Kranker und Behinderter: "Das Risiko 'Krankheit' darf nicht weiter privatisiert werden." In: Blätter der Wohlfahrts-pflege 1991, 2, 56-57**

---

1

Das Forum hält in Anbetracht der Kostenexplosion im Gesundheitswesen eine Strukturreform für erforderlich.

2

Das Gesundheitsreformgesetz hat bei der Rehabilitation, Früherkennung und bei Leistungen bei Schwerpflegebedürftigen Verbesserungen erbracht. Im Interesse der chronisch Kranken und Behinderten ist das Gesetz aber reformbedürftig. Die Bedenken werden im folgenden Katalog dargelegt.

3

Eine Rückbesinnung auf den ursprünglichen Solidargedanken wird gefordert. Im Krankheitsfall soll der Versicherte die Leistungen aus der Solidargemeinschaft erhalten. Das Risiko „Krankheit“ soll nicht weiter privatisiert werden.

4

Das Reformgesetz hat Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, die jedoch nicht mehr mit dem solidarischen Versicherungssystem vereinbar ist.

5

Solidarität wurde zu Lasten von chronisch Kranken und Behinderten durch Eigenverantwortung ersetzt. Trotz der Gesundheitsreform sind die Kosten für stationäre und ambulante Behandlung gestiegen. Diese Kosten sind durch die Politik von Zuzahlungen und Ausschlüssen zurückgegangen. 4,7 Milliarden DM wurden dadurch auf die Versicherten verlegt. Behinderte und Kranke sind davon besonders betroffen.

6

Die Härtefallklausel entlastet nur einen Teil der Betroffenen. Das Alles-oder-Nichts-Prinzip ist nicht sozialverträglich.

7

Betroffene, die über dem Einkommen in der Härtefallklausel liegen, müssen für die Behandlung zuzahlen. Die Beitragssenkungen kommen also nur z.T. dem Versicherten zugute. Von den Entlastungen profitieren nur die Arbeitgeber.

8

Die Rückgabe von Beiträgen bei Nichtinanspruchnahme bedeutet für

Gesunde eine Beitragssenkung. Die finanzielle Belastung für chronisch Kranke und Behinderte erhöht sich im Vergleich zu Gesunden noch zusätzlich.

9

Die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft wurde weiter geschwächt. Grund ist u.a. die Möglichkeit zur Privatkrankenversicherung.

10

Sofortiger Handlungsbedarf ist für das Forum gegeben bei der Fahrtkostenerstattung, Zahnersatz, Härtefallregelung, Arzneimittelselbstbeteiligung, Kuren und bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.

11 *Einschränkungen der Fahrtkostenerstattung bei ambulanter Behandlung*

[Forderung] Fahrtkosten müssen im vollem Umfang erstattet werden.

12

[Begründung] Die Regelung ist bedenklich. Viele ältere und behinderte Menschen besitzen kein eigenes KFZ. Ambulante Behandlungen sind kostengünstiger und verhindern stationäre Behandlung. Die Rückerstattung ist bürokratisch und kompliziert. Kosten müssen zudem zunächst ausgelegt werden.

13 *Kostenerstattung für Zahnersatz*

[Forderung] Die Höhe der Eigenleistung muß eindeutig geregelt sein. Honorarforderungen und Laborleistungen müssen geprüft werden.

14

[Begründung] Wenn Zahnersatz als Nebenwirkung medizinischer Behandlung notwendig wird, muß es voll erstattet werden. Die Höhe des Eigenanteils muß transparent gestaltet werden. Das bestehende System ist nicht durchschaubar. Vorbeugung und Zahnerhaltung ist nicht ausreichend gefördert.

15 *Härtefallklausel*

[Forderung] Das Alles-oder-Nichts-Prinzip muß durch flexible Lösungen ersetzt werden.

16

[Begründung] Geringe Einkommensdifferenzen führen zu unterschiedlich starken Belastungen. Es dürfen nicht höhere Maßstäbe als bei der Gewährung von Sozialhilfe angelegt werden. Dies ist jedoch der Fall.

17 *Selbstbeteiligung von 15% für alle von Festbeträgen nicht erfaßten Arzneimittel ab 1. Januar 1992*

[Forderung] Diese Regelung muß gestrichen werden.

18

[Begründung] Versicherte, die andere Arzneimittel benötigen, werden bestraft. Es ist zudem noch nicht abzusehen wie der Markt erfaßt werden wird. Ein Nebeneinander von Festbeträgen und Selbstbeteiligungen ist abzusehen. Paradoxe Situationen können entstehen.

19 *Vorbeugungs- und Genesungskuren*

[Forderung] Die Kürzung der Tagespauschale muß rückgängig gemacht werden.

20

[Begründung] Die Einsparungserwartungen sind bei weitem übertroffen worden. Viele alte und behinderte Menschen können sich Kuren nun nicht mehr leisten. In Kurorten sind die Kuren um bis zu 50% zurückgegangen. Unter der Prämisse Mißbrauch zu verhindern, wird vielen Bedürftigen medizinisch notwendiges verwehrt.

21 *Behandlung psychisch kranker Menschen*

[Forderung] Eine Gleichstellung von somatischer und psychischer Erkrankung muß herbeigeführt werden.

22

[Begründung] Psychische Krankheiten erfordern ein anderes Leistungsspektrum. Die Versorgungsmöglichkeiten müssen diesen angepaßt werden.

23

Das Forum wendet sich gegen eine Politik der Entsolidarisierung zu Lasten chronisch kranker und behinderter Menschen. Eine Korrektur des Gesundheitsreformgesetzes ist notwendig.

1

Die Darstellung des Themas ist schwierig. Es gibt nicht nur gesunde alte Menschen, sondern auch kranke. Krankheit wird von der Gesellschaft verdrängt. Eine Konzentration auf Gesundheit ist dadurch verengend.

2

Die Konzentration auf Krankheit ebenfalls. Negative Altersstereotype werden dadurch verstärkt und gesunde Lebensweisen im Alter nicht entfaltet. Die Möglichkeiten gesundheitsfördernder Lebensweisen werden vertan.

### 3 *Altersunterschiede: Vom Sichtbarwerden der Krankheiten*

Ähnlich wie in anderen Industrieländern ist in der BRD die häufigste Todesursache eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Neben Herzinfarkt sind „Erkrankungen der Hirngefäße“ häufig. Diese Erkrankungen resultieren aus jahrzehntelangen Entwicklungen, die unentdeckt bleiben. Chronische Krankheiten sind häufig.

4

Schäden werden erst im Alter diagnostiziert und die Beschwerden subjektiv empfunden. Chronische Krankheiten sind von Funktionseinbußen begleitet, die das alltägliche Leben beeinflussen. Die Funktionseinbußen resultieren auch aus medizinischen Eingriffen.

5

Altersunterschiede haben z.T. soziale Ursachen. Das soziale Umfeld reagiert auf Krankheit von Alten anders als auf Krankheit von Jungen. Sozialpolitik, Versicherungsrecht und Versorgungssystem stabilisieren die Altersunterschiede.

6

Bei älteren Menschen werden mehr Krankheiten diagnostiziert. Das Diagnosespektrum verschiebt sich. Seelische Erkrankungen nehmen im Alter zu. Drei Aspekte sollen näher beleuchtet werden: subjektives Empfinden, Funktionsfähigkeit und Bewältigung im sozialen Netz und Versorgungssystem.

7

Die gesundheitliche Situation der „alten“ Alten interessiert.

### 8 *Sichtweisen eigener Gesundheit im Alter*

[Zahlen zur eigenen Beurteilung der Gesundheit.] Die Anteile von positiver Bewertung der Gesundheit steigt bei 85-89jährigen Männern drastisch

an.

9

Erst bei älteren Menschen häufen sich Gesundheitsprobleme. [Zahlen: Subjektive Angabe von Krankheitstagen je Halbjahr.]

10

Die gute Gesundheit bei älteren Menschen wurde bereits häufig festgestellt. Wahrscheinlich sterben Menschen mit Gesundheitsstörungen früher. Dies ist ein Ausleseprozeß. Eine andere Erklärung besagt, daß Rollenveränderungen für den Gesundheitspessimismus der „jungen“ Alten verantwortlich ist. Ältere tolerieren Gesundheitsbeschwerden und sind gesundheitsoptimistisch.

11

Die vorgenommene Untersuchung dokumentiert, daß der Gesundheitsoptimismus ein widerspruchslloses Akzeptieren von Zuschreibungen ist. Experten bestärken durch ihre Autorität, daß Schmerzen und Beschwerden unvermeidliche Erscheinungen des Alters sind. Alte Patienten sind fatalistisch gegenüber Möglichkeiten der Verbesserung. Ärzte werden oft besucht und Medikamente eingenommen, ohne Besserung zu erlangen. Die Lösungsmöglichkeiten liegen außerhalb der medizinischen Intervention und bestehen u.a. in der Intensivierung von sozialen Kontakten, Änderung der Wohnsituation und Aufbrechen pathologischer Beziehungssituationen.

12

Positives Befinden steht in Beziehung zu zahlreichen anderen Faktoren wie z.B. intellektuelle Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit besitzt eine Vorhersagefähigkeit auf die Überlebenschancen; jedoch nicht bei Frauen.

### 13 *Bedeutung der Funktionsfähigkeit*

Die Funktionsfähigkeit ist zentral für die Einschätzung der Gesundheit. Sie ist Voraussetzung für die Gesunderhaltung und das „Maß“ für Gesundheit.

14

Funktionseinschränkungen sind charakteristisch für chronische Krankheiten. Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit sind am relevantesten.

15

[Zahlen: Bewegungsbehinderungen bei der Altenbevölkerung]

16

Diese Daten bilden die Hilfe- und Versorgungsbedürftigkeit ab. Junge Alte sind kaum versorgungsbedürftig. Diese Zahl steigt im Alter rapide an. [Zahlen]. Speziell Frauen sind auf Hilfe angewiesen. [Zahlen]

### 17 *Bewältigung von Gesundheitsproblemen*

Das informelle Netz, besonders die Familie, befindet sich im Wandel. So entsteht ein ungünstiges Verhältnis von Hilfeerfordernissen und verfügbarem Hilfepotential.

18

In Zukunft könnten Alte gesünder sein, da sie weniger belastet von Beschwerden und Funktionseinbußen seien. Effekte der Gesundheitsförderung und kurative Maßnahmen machen sich bemerkbar. Die Aufgaben der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung werden künftig größer sein.

19

Die heutigen Volkskrankheiten werden nicht verschwinden. Untersuchungen zeigen, daß das Risiko einer Erkrankung steigt, sobald eine Krankheit halbwegs überwunden ist.

20

Das chronologische Alter stellt das wichtigste Selektions- und Zuordnungskriterium dar. Alte sind in der Gefahr, daß ihre Erkrankung als unheilbar klassifiziert wird. Der Anspruch auf Krankenversicherung erlischt. Der alte Mensch wird „chronisch gemacht“.

21

Der rechtliche und institutionelle Spielraum in der Krankenversorgung der Alten ist gering. Bewältigungspotentiale werden negiert. Alte Menschen geraten in einen Kreislauf von Autonomieverlust und Deprivation.

22

Das Gesundheitssystem und seine Mitarbeiter sind auf den Umgang mit alten Menschen ungenügend eingestellt und benachteiligen sie.

1

Es soll geprüft werden, wann Sozialhilfe einspringen muß, wenn Befreiungen von Eigenbeteiligungen nicht greifen.

2

Vollständige Befreiung wird nur bei einem Teil von Leistungen gewährt. [Beispiele] Eine Reihe von anderen Leistungen bleibt unberücksichtigt. [Beispiele]

3

Bei teilweisen Befreiungen sind zusätzliche Zuzahlungen selbst zu tragen.

4

Die Regelungen sind nicht in der Lage, das Entstehen von Zuzahlungsverpflichtungen bei geringem Einkommen zu vermeiden. Die Regelungen sind willkürlich und können Notsituationen nicht auffangen. Es ist keine soziale Krankenversicherung. Gutsituierte können dazuzahlen. Die Regelungen sollen sicherstellen, daß ärmere Bevölkerungsschichten nicht über das Vermögen hinaus belastet werden.

5

Für nicht krankenversicherte gelten Bestimmungen des BSHG. Einige Leistungen gehen über die der Krankenversicherung hinaus. Leistungen der Sozialhilfe hängen davon ab, daß kein anderer Träger verpflichtet ist. Danach wird das Einkommen und Vermögen nach Grenzwerten geprüft.

6

Die Behandlung von Selbstbeteiligung und Zuzahlung im Recht der Sozialhilfe ist problematisch.

7

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes regelt die Kostenübernahme im problematischen Fall von ambulanten Kuren.

8

Das BSHG kennt nur Gewährung von gesamten Leistungen. Dabei wird geprüft, ob sich der Hilfeempfänger an den Kosten beteiligen muß. Wird vom Sozialhilfeträger eine Krankenversicherungsleistung bewilligt, muß keine Selbstbeteiligung getragen werden, sofern eine Befreiung beantragt ist.

9



Unproblematisch ist die Entscheidung in einer Reihe von Fällen.

10

Schwierig ist die Klärung bei der Zuzahlung von Krankenhausbehandlungen, da sich die Sozialhilfeträger selbst nicht als zuständig begreifen. Erstinstanzliche Urteile sehen hier jedoch eine Verpflichtung der Sozialhilfe.

11

Streitig bleibt die Übernahme im Rahmen kieferorthopädischer Leistungen, da die Kosten nicht erst nach Abschluß der Behandlung gewährt werden können. Die Sozialhilfe muß diese Kosten vorläufig übernehmen. Häufiger wird es auch die Situation geben, daß teurere Hilfsmittel erforderlich sind als von der Krankenkasse finanziert werden. Diese Kosten liegen dann über dem Festbetrag.

12

Eine Verschlechterung gibt es auch in den Befreiungsmöglichkeiten zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, da Bagatellarzneimittel ausgeschlossen sind.

13

Hier stellt sich die Frage, ob diese von Sozialhilfe überhaupt übernommen werden soll, da sie lediglich die gleichen Leistungen wie die Krankenversicherung übernehmen soll. Einige Mittel sind zudem im Warenkorb vorhanden.

14

Die aufgeführten Bagatellarzneimittel haben jedoch eine andere Qualität als die im Warenkorb.

15

Problematisch ist auch die Abgrenzung der rechtlichen Begriffe von Krankheit und Gesundheitsstörung.

16

Der Gedanke ist dabei nicht, daß auf Behandlung von Krankheit verzichtet werden soll, sondern daß Versicherte auf Leistungen der Versicherung verzichten.

17

Schwierig bleibt auch die Verordnung von Arzneimitteln, die nicht erforderliche Bestandteile enthalten, bzw. deren therapeutischer Nutzen nicht erwiesen ist. Im Einzelfall kann eine Begründung des Arztes erfolgen, um die Kostenübernahme im Rahmen der Sozialhilfe zu erreichen.

18

Ähnlich ist es mit Arzneimitteln von geringem Preis, der für die Sozialhilfe kein Argument sein kann. Geringer therapeutischer Nutzen bejaht einen

Ausschluß. Auch hier kann eine Einzelfallbegründung erfolgen.

19

[Behandlung von Einkommensgrenzen nach §§ 79; 81,1 und 84,1 BSHG]

20

Unterhaltspflichtige sollen nicht herangezogen werden, da diese schon viel an Unterhalt erbringen.

21

Die Regelungen lassen weite Gebiete offen. Die Sozialhilfe läßt nur den Anschein, als gäbe es eine soziale Krankenversicherung. Die kommunalen Spitzenverbände haben die Auswirkungen nicht hinreichend gesehen.

22

Da die Konsequenzen deutlich werden, sollte die freie und öffentliche Wohlfahrtspflege eine Änderung herbeiführen, damit wieder von einer sozialen Krankenversicherung gesprochen werden kann.

**Vormann, Gernot: Nachsorge in der sozialen Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1987, 3, 67-69**

---

1

Die Entlassung aus sozialen Institutionen ist für die Betroffenen oft problematisch. Vielen gelingt die Alltagsbewältigung nicht sofort.

2

Weiterführende Maßnahmen nach stationärem Aufenthalt wurden erprobt.

3

Nachsorge soll eine dauerhafte Integration ermöglichen und Rückfälle verhindern helfen.

4

Wie Nachsorge zu gestalten ist, ist umstritten. [Zitat: Nachsorge ist ein ungeklärter Begriff und kaum abgegrenzt zu Therapie und Rehabilitation. Ziel, Beginn, Organisation und Methode der Nachsorge ist unterschiedlich definiert.]

5

[Zitat: Jeder Kontakt zur Bewältigung von verschiedenen Problemen ist Nachsorge. Im positiven und negativen Sinn.] Ist Nachsorge eine zeitlich faßbare Phase jeder Behandlung?

#### 6 *Warum Nachsorge?*

Stationäre Unterbringung wird erst erwogen, wenn andere Formen versagt haben. Menschen sind betroffen, die in ihrer Umwelt den Lebensalltag nicht mehr bewältigen konnten. Störungen sind vorhanden, die den ganzen Menschen umfassen. Das organmedizinische Modell ist also nicht anwendbar. Der Prozeß der Gesundung ist langwierig. Eine (Neu-)Eingliederung in andere Lebensumstände ist erforderlich.

7

Durch Therapie werden die ärgsten Störungen beseitigt. Es besteht jedoch wenig Hoffnung das Randexistenzen in kurzer Zeit zu braven Bürgern werden, da diese Rolle dauerhaft eingeübt werden muß.

8

Alltagsbewältigung muß gelernt werden. Dies kann nicht im Heim geschehen, daß die Realität nicht ersetzen kann. [Zitat: Lebensbewältigung im Alltag.]

9

Ältere Klienten kommen in ein intaktes soziales Umfeld zurück, müssen aber neue Erlebens- und Verhaltensmuster in ihren Alltag integrieren.

#### 10 *Inhalte und Ziele*

Die Nachsorge muß individuell abgestimmt sein. [Beispiele: Randgruppen] Schwierigkeiten entstehen, wenn auf kein intaktes Umfeld zurückgegriffen werden kann.

11

Jeder Mensch muß sich auf neue Rollen einstellen. Die meisten haben dafür eine stabile Basis. Aus der Shell-Studie geht hervor, daß die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei ihren Eltern wohnen. [Zitat: Unterstützung durch das Elternhaus]

12

[Zielsetzungen für Suchtkranke]

#### 13 *Formen der Nachsorge: Personell*

Selbsthilfegruppen geben Rat. Sie sind unabhängig. Jeder ist Helfer und Hilfsbedürftiger.

14

Selbsthilfegruppen haben eine große Akzeptanz bei ehemals Betroffenen. Die geringe Distanz kann gefährlich sein. Eine institutionelle Verplanung ist nicht möglich.

15

Nachsorge wird auch von Mitarbeitern eines Heimes oder einer Therapiestätte übernommen. Die bestehende Beziehung ist vorteilhaft. Eine Ablösung wird jedoch erschwert.

16

Ehrenamtliche, nebenberufliche Initiativgruppen gibt es selten.

17

Beratungsstellen können auch Nachsorge leisten. Der Kontakt muß angebahnt werden.

#### 18 *Institutionell*

Wegen fehlender persönlicher Voraussetzungen und der angespannten Arbeitsmarktlage, müssen spezielle Angebote gemacht und u.U. auch Wohnraum vorgehalten werden.

19

Komplementäre Dienste werden gefordert. [Beispiele]

## 20 *Gesamtplan der Rehabilitation*

Rechtlich gesehen soll sich Hilfe und Eingliederung nach einem Gesamtplan vollziehen. Integrierte gemeindenahe Versorgungssysteme werden vorgeschlagen. Bisher gibt es nur Modellversuche.

21

Der Gesamtplan umfaßt die Schritte: Intensivtherapie, Übergang, Nachsorge.

22

Intensivtherapie soll die akuten Krankheiten und Störungen beseitigen.

23

Übergang bedeutet Einübung neuer Formen der Lebensbewältigung.

24

Nachsorge soll das bisher erreichte stützen und der zunehmenden Integration dienen.

25

Die Teilmaßnahmen gehen ineinander über. Eine Trennung ist nur aus formalen oder juristischen bzw. kostenrechtlichen Gründen sinnvoll.

26

Der Begriff Nachsorge ist rechtlich nicht gesichert. Kostenregelungen fehlen und sind von Ermessensspielräumen geprägt. Erste Versuche zur Regelung gibt es bereits.

27

Trotz der Forderung zur Verbesserung der Nachsorge wird wenig getan. Erst langsam zeichnet sich ein Wandel ab. [Ziel: Nachsorge ist Anhängsel der Therapie.]

1

Seit 10 Jahren gibt es ambulante Einrichtungen, die Krebspatienten psychosozial beraten und helfen und dabei nicht an medizinische Einrichtungen angegliedert sind.

2

Aachener Beratungsstellen wurden als Modellversuch gegründet und verschiedenen Selbsthilfebundesverbänden angegliedert.

3

Durch günstige Lage konnte die Schwellenangst überwunden werden.

4

Tumorleiden stellen eine besondere psychische Belastung dar, die die ganze Familie verunsichern. Die Nachfrage nach einem Beratungsgespräch für Angehörige, führte zu einem entsprechenden Angebot.

#### *5 Psychosoziale Nachsorge - Bestandteil des Gesamtkrebsnachsorgekonzeptes*

Die psychischen und sozialen Auswirkungen der Krebserkrankung müssen in das Nachsorgekonzept miteinbezogen werden, da sie das Krankheitsgeschehen positiv oder negativ beeinflussen.

6

[Anzahl der Ratsuchenden; Öffnungszeiten]

#### *7 Zusammenarbeit*

Interdisziplinäres Vorgehen ist erforderlich. [Beteiligte Gruppen: Mediziner, Sozialarbeiter, Kostenträger, Selbsthilfegruppen]

8

Im Tumorzentrum verstehen sich die Beteiligten als gleichberechtigt. Medizin ist ein wichtiges Hilfsmittel - aber nicht alleinbestimmend.

#### *9 Kontaktaufnahme*

Aufgabe ist die Beratung und Begleitung der Kranken und deren Angehörigen. Ratsuchende kommen, nachdem sie den Schutzraum Krankenhaus verlassen und die Veränderung der Umwelt festgestellt haben. Leistungseinbußen werden bewußt.

9A.

Durch Besuche im Krankenhaus ist die Einrichtung einigen Patienten bekannt. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus sollen bereits Schritte

zum Übergang eingeleitet werden.

#### 10 *Beratungsanliegen*

Wichtige Fragen sind: soziale und materielle Absicherung, Antragsstellung, Prothesen, Kostenregelung, Gesundheitsförderung, Kuren, usw.

11

Die Frage nach den eigenen Möglichkeiten tritt häufig auf.

#### 12 *Gesprächsinhalte*

Sofortmaßnahmen sind möglich. Dies ist Hilfe zur Selbsthilfe. Gering geschätzte Informationen erweitern oft den Handlungsspielraum.

13

Viele heben das Bedürfnis, zu reden. Eine Fortführung des bisherigen Lebens ist nicht möglich. Die reale Todesbedrohung ist eine Herausforderung. Einschneidende Therapien und Widersprüchlichkeiten des medizinischen Versorgungssystems erfordern Aussprache und Zuwendung. Informationen können Belastungen verschwinden lassen.

#### 14 *Neuorientierung - neuen Lebenssinn finden*

Die Diagnose Krebs löst eine schwere Lebenskrise aus. Grundlagen der Identität geraten ins Wanken.

15

Eine totale Umorientierung ist nötig. Eine Lösung ist nicht vorhanden. Was geleistet werden kann, ist die Überzeugung, daß sich die Suche nach Lösungen und Antworten lohnt. Es können Ziele gefunden werden, die die individuellen Möglichkeiten respektieren. Über persönliche Bedürfnisse soll neu nachgedacht werden.

#### 16 *Selbsthilfegruppen*

Kontakt zu Gruppen soll hergestellt werden. Sie helfen aus der Isolation und seelischer Vereinsamung. Das durchgestandene Leid kann für andere nutzbar gemacht werden. Die Glaubwürdigkeit ist höher als bei Experten.

17

[Angebote von Selbsthilfegruppen]

18

[Personelle Besetzung des Fachpersonals.]

19

Bei der Gründung von Gruppen wird geholfen. [Beispiele der Unterstützung]. An Abwesende wird gedacht.

20

Gemeinsame Treffen mit dem Träger und anderen Gruppen finden statt.

Informationen werden ausgetauscht. Kooperation im Wissen und Können soll erreicht werden.

21

Personal wird ausgetauscht.

22 *Öffentlichkeitsarbeit*

Krebs ist mit Tabus behaftet. Ein Bild der Erkrankung soll vermittelt werden, um Verständnis auf- und Distanz abzubauen. Neben großen Veranstaltungen, gibt es auch zahlreiche kleine Aktionen. [Beispiele]

23

Die Zusammenarbeit hat sich bewährt. Gemeinsamkeit erzeugt Stärke.



1

Körperliche Unversehrtheit, Menschenwürde und Selbstbestimmtheit sind die höchsten Rechtsgüter, die geschützt werden sollen. Dies gilt auch für das Arzt-Patienten-Verhältnis, das rechtlich ein Leistungsaustausch nach bürgerlichem Recht ist.

2

Der Arzt schuldet eine Dienstleistung, die aufgrund der Inexaktheit der Medizin nicht garantiert werden kann. Es ist ein Dienstvertrag, kein Werkvertrag. Der Patient muß die Dienste bezahlen.

3

Der Vertrag kommt durch freie Willensentscheidung der Partner zustande. Zwei gleichberechtigte Partner werden vorausgesetzt. Das Problem liegt darin, daß der Arzt mit seinem Fachwissen überlegen ist und die Beziehung paternalistisch sein kann. Dies entspricht nicht der Rechtslage.

4

Der Arzt ist verpflichtet, den Patienten für den Abschluß des Vertrages mündig zu machen. Die Art der Behandlung muß laienhaft erklärt werden. Vorteile und Risiken sind darzulegen. Unterbleibt dies, macht sich der Arzt der Körperverletzung strafbar.

5

Dabei ist es grundsätzlich gleichgültig, ob die Behandlung im objektiv bestverstandenen Interesse des Patienten liegt. [Beispiel]. Es gibt kein Recht des Arztes auf Behandlung.

#### *6 Der nicht einsichtsfähige Patient*

Diese Grundsätze gelten auch, wenn der Patient nicht einsichtsfähig ist. Er ist kein Objekt der Behandlung.

7

Einsichtsfähigkeit bedeutet nicht Geschäftsfähigkeit. Die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung ist keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung, sondern eine geschäftsähnliche Erklärung. Die Willens- und Einsichtsfähigkeit ist maßgebend. Der Patient muß die Tragweite der Behandlung absehen können.

#### *8 Vormundschaft und Pflegschaft*

In der Geschäftsfähigkeit beschränkt sind wegen Geistesschwäche Entmündigte. Wegen Verschwendung und Sucht können Personen unter vorläufige Vormundschaft gestellt werden. Wegen Geisteskrankheit

können Personen entmündigt werden. Jeder entmündigte Volljährige erhält einen Vormund. Ärzte müssen sich deshalb mit dem Vormund verständigen.

9

Bei der Pflegschaft bleibt der Pflegling geschäftsfähig. Dies bedeutet jedoch nicht, daß er die Einsichtsfähigkeit zur Zustimmung in medizinische Behandlung besitzt.

10

Der Arzt sollte die Zustimmung des Vertreters und des Patienten suchen. Er ist für die Einwilligung beweispflichtig.

11 *Wenn kein gesetzlicher Vertreter bestellt ist*

Diese Fälle sind häufig. Altersverwirrte Personen werden nicht sofort entmündigt. Der Arzt sollte einen Pfleger bestellen lassen.

12 *Notfall*

Im Notfall ist der Arzt wie ein Geschäftsführer ohne Auftrag berechtigt, die Behandlung vorzunehmen. Ob ein Notfall vorliegt muß der Arzt gewissenhaft entscheiden. Auch hier ist er beweispflichtig.

13 *Concept of benefit*

Das Wohl der Pfleglinge ist entscheidend und wird im amerikanischen mit "concept of benefit" bezeichnet. Es darf nur Behandlungen zugestimmt werden, die im Interesse des Patienten liegen. [Beispiel: Sterilisation und Organspende.]

14.

Dies bedeutet auch, das aus unvernünftigen Gründen eine Behandlung nicht abgelehnt werden darf. [Beispiel: Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas.]

15. *Medizinische Behandlung im besonderen Pflichtenverständnis*

Im Strafvollzug oder psychiatrischen Krankenhäusern sind Einschränkungen der Grundrechte nur zulässig, wenn sie zur Wahrung des Zwecks der Maßregel dienen oder aus Gründen des Gemeinwohls erforderlich sind.

16.

Grundsätzlich muß auch hier der Behandlung zugestimmt werden, zumal ein Erfolg nur unter Mitarbeit entsteht. Zwangsbehandlungen sind mit Ausnahmen ausgeschlossen. [Beispiel: Geschlechtskrankheiten]

17.

Das Recht soll im Arzt-Patienten-Verhältnis die Grundlage des nicht einsichtsfähigen Patienten wahren. Alle Beteiligten sind aufgerufen, zur Einhaltung der Grundsätze zusammenzuarbeiten.

**Kalmbach, Fridl: Was sind Langzeitkranke? In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 75-77**

---

**1. Begriffsbestimmung**

Diesen Begriff gibt es erst seit kurzer Zeit. Praktische Erwägungen und Zweckmäßigkeiten haben ihn geprägt.

**2.**

Ein Personenkreis soll beschrieben werden, der nicht in Kliniken und Krankenhäusern oder Pflegeheimen zugewiesen werden kann.

**3.**

Die klassische Medizin unterscheidet nach akuter und chronischer Krankheit. Sie ist nicht für alle praktischen Situationen brauchbar.

**4.**

Nach medizinischer Sicht ist ein Langzeitkranker ein chronisch Kranker. Mit medizinischer Hilfe und Pflege kann das Leiden gebessert aber nicht behoben werden. Eine Verschlechterung wird verhindert. Hauptziel der Langzeitbehandlung ist es, den Patienten in ein weniger aufwendiges System zurückzuführen.

**5.**

Langzeitkrankenhäuser werden so zu Nachsorgeeinrichtungen. Sie erfüllen die Funktion einer Übergangsstelle von Akutkrankenhaus und Eigenversorgung, bzw. Heimunterbringung.

**6.**

Andere Definitionen sind möglich. Die Verweildauer im Krankenhaus kann als einziges Kriterium genommen werden.

**7. Krankheitsbilder**

Hier interessieren akute Krankheiten nur sofern sie in chronische übergehen.

**8.**

Es gibt eine Unterteilung in primär bzw. sekundär chronisch krank. Bei primär chronischer Verlaufsform beginnt die Krankheit zumeist mit einem Schub. [Beispiel: Multiple Sklerose, chronische Arthritis.]

**9.**

Die Beispiel-Krankheiten beginnen mit chronischem Krankheitsgeschehen.

9A.

Eine Phase der Besserung kann eintreten. Möglich sind beschwerdefreie Phasen. Der Gesamtverlauf führt jedoch zu einer Verschlechterung.

10.

Sekundär chronische Krankheiten sind häufig Folgen einer anderen Erkrankung. Sie können einen progressiven Verlauf nehmen oder Schäden als Dauerfolgen hinterlassen.

11.

Verbleibende Schäden können neue Krankheiten nach sich ziehen. [Beispiele]

#### 12. *Gesetzliche Definition*

Das BSG hat für den Begriff Krankheit im Sozialleistungsrecht entschieden: Krankheit ist ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der eine Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht. Auch ein Dauerleiden, dessen Krankheitsbild fixiert ist, gilt als Krankheit.

12A.

Das BSHG sieht für „Kranke“ „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ vor.

13.

Das BSG definiert ein Krankenhaus, bzw. ein Langzeitkrankenhaus als: Anstalt mit akut Kranken, mit einer im Vordergrund stehenden ärztlichen Behandlung und einer Pflege zur Wiederherstellung von Gesundheit. Die Definition von Kur, Pflege oder akut bzw. chronisch krank sowie von Behandlungsmethoden fehlt. Die Bereitschaft chronisch Kranke aufzunehmen ändert die Natur als Krankenhaus nicht. Merkmale der Ausstattung sind:

14.

Geeignete Apparate, Ärzte in Rufbereitschaft und geschultes Personal.

15.

Eine gesetzliche Definition wann Krankenhauspflege gegeben ist, liegt also nicht vor. Es wird lediglich definiert wann eine Einrichtung, ein Krankenhaus ist.

#### 16. *Hilfe für die Langzeitkranken*

[Überleitung]

17.-19.

Medizinische Leistungen. [Beispiele]

20.

Zur Rehabilitation und bei akuter Erkrankung ist stationäre Krankenhausbehandlung notwendig. Ein Selbständigkeitstraining soll frühzeitig angestrebt werden.

21.  
Übungsbehandlungen, Massagen und Beschäftigungstherapien sind Trainingsmaßnahmen. Belastungserprobungen können im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Möglichkeit einer späteren Umschulung sollte beachtet werden.
22.  
Um Verschlechterungen zu verhüten, sind Möglichkeiten der Sondertherapie geboten.
23.  
Das Langzeitkrankenhaus könnte eingebunden werden.
24.  
Hilfsmittel für den häuslichen Bereich sind bereitzustellen.
25. *Hilfe bei Ängsten*  
Ist aufgrund der Krankheit eine Rückführung in den Beruf nicht möglich, muß der Patient wenigstens von Pflege unabhängig gemacht werden. Die verbliebenen Fähigkeiten müssen genutzt werden.
26.  
Bei völlig pflegeabhängigen Menschen kommen häufig Ängste vor der Zukunft hinzu. Fremdhilfe sollte den Patienten und die Familie unterstützen.
27.  
Bei Fremdunterbringung sollten die Restfunktionen erhalten und das Leben durch Pflege erleichtert werden.
28.  
Es muß im Einzelfall entschieden werden, ob der Patient rehabilitiert werden kann oder aufgrund des Krankheitsbildes lediglich Pflege helfen kann.
29.  
Jeder kann chronisch Kranker oder Langzeitkranker werden. Die jetzigen Betroffenen erhoffen sich wie die zukünftigen größtmögliche Hilfe.

**Wendt, Wolf Rainer: Heilung durch Sozialpädagogik? In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 77-78**

---

1.  
Die Mehrzahl der Gesundheitsstörungen ist nicht organisch, sondern psychisch oder sozial bedingt. Die häufigsten Todesursachen werden durch Unfälle oder schädigenden Verhaltensweisen hervorgerufen. „Geisteskrankheiten“ weisen auf Störungen des sozialen Zusammenlebens hin.
2.  
Sozialpädagogen erkennen diese Zusammenhänge im Vorfeld medizinischer Behandlung oder bei Versagen der ärztlichen Bemühungen.
3.  
Im Gesundheitswesen ist Sozialarbeit nicht anerkannt und kann sich nicht neben der Medizin behaupten.
4.  
Das medizinische Definitions- und Behandlungsmonopol gab der Sozialpädagogik wenig Raum zur Beschäftigung mit Gesundheit und Krankheit. Methodische Mitwirkung ist nur über Psychologie und Psychotherapie möglich.
5. *Krankheitsgründe*  
Jede nicht-symptomorientierte Behandlung müßte der sozialen Arbeit einen Primat zugestehen. Aufgrund der Komplexität individuellen Lebens und der unterschiedlichen Lebensweisen sind verschiedene Erfahrungen und Einsichten nötig, um zu Erkenntnis zu gelangen. Hier kann ein Krankheitsbegriff, der auf Meßbarkeit und Ausgrenzbarkeit beruht, wenig gelten. „Ohne Befund“ heißt nicht Gesundheit.
6. *Was ist Gesundheit?*  
Gesund ist der in Wechselwirkung mit der Umwelt sich zu einer Ausgewogenheit selbst bestimmende Organismus. Auch ein behinderter Mensch kann gesund sein, was die Medizin nicht zugesteht. Störungen im psychophysischen Gleichgewicht werden subjektiv als Leiden erlebt. Erst durch die folgende Definition wird die Krankheit benannt.
7.  
Sozialpädagogen können das Leiden der Klienten lindern, in dem Veränderungen der Lebensführung, der Einstellung oder Besserungen von Lebensverhältnissen hergestellt werden.
8.  
In verschiedenen Arbeitsbereichen wird so Gesundheitserziehung betrie-

ben, die auf dem alten Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ beruht.

9.

So wird die subjekthafte Verfassung des Menschen in den Mittelpunkt gerückt, während im „medizinisch-professionellen Komplex“ (Illich) der Mensch die Diagnose und Behandlung über sich ergehen lassen muß.

10.

Sozialarbeiter orientieren sich noch zu stark am medizinischen Modell, um sich einen Zugang zu verschaffen. Handlungs- und Sprachrepertoire wurden durch die Professionalisierung übernommen. Subjektives Erleben wird dadurch verobjektiviert und die Begegnung und der Umgang mit Menschen reduziert. Im Krankenhaus ist der Patient nicht in seinen Lebensbezügen. Aufgabe der Sozialpädagogik ist es, Menschen für ein erfülltes Leben auszurüsten. Sozialarbeiter werden im Medizinbetrieb nicht ernstgenommen, sofern er sich als Auch-Therapeut versteht und sich dadurch als Spezialist für Soziales entfremdet.

11.

Wird die Etikettierung von Kranken mitgetragen, hat er sich auch der Etikette des Krankenhauses unterworfen. Eine eigene konzeptuelle Grundlage ist nötig.

#### 12. *Erziehung und Selbsterziehung*

Die Lebensweise ist verantwortlich für den Gesundheitsprozeß und eine Aufgabe für Erziehung und Selbsterziehung. Krankheiten scheinen als Störungen oder Scheitern eines Entwicklungsprozesses.

13.

Psychische Probleme entspringen aus Kommunikationsproblemen. [Beispiel: Krebskranke.] Derjenige lebt gesund, der im Einklang mit sich selbst und seiner Umwelt lebt.

14.

[Zitat: Das Gelingen ist abhängig von Persönlichkeitseigenschaften.] Gesundheit kann besser sozialpädagogisch verstanden werden als naturwissenschaftlich-medizinisch.

#### 15. *Sozialarbeit als Prophylaxe*

Sozialarbeiter haben gegenüber Ärzten den Vorteil, daß sie ihre Klienten aufsuchen können. Die Passivität gilt auch für die Vorsorgemedizin. Sozialarbeit kann besser vorbeugend arbeiten. Dies kann auch im Krankenhaus geschehen ohne dem Arzt seine Position streitig zu machen. Das Selbstverständnis muß dann nicht mit medizinischem Halbwissen gestützt werden. Eine entsprechende Ausbildung fehlt jedoch. Eine Änderung des Selbstverständnisses ist nötig. Kostengründe sprechen für mehr Sozialarbeiter im Krankenhaus. Eine weitere Beschäftigung mit Gesundheit wird für die Sozialarbeit von Nutzen sein.

**Breu, Karl: Macht uns die Tuberkulose heute noch Not? In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 79-82**

---

1.  
Die Tuberkulose ist in der BRD nach jahrzehntelanger Bekämpfung zurückgegangen.
2.  
[Zahlen: Anzahl der Tuberkulosekranken und Todesfälle 1973-1974.]
3.  
Diesem Problem muß auch heute noch entgegengesehen werden. Zahlenmäßig liegt die Tuberkulose unter den ansteckenden Krankheiten an vorderster Stelle. Laien neigen zur Bagatellisierung. Eigene Untersuchungen zeigen, daß bei einem Drittel der Fälle die Erkrankungen als schwer bis sehr schwer bezeichnet werden.
4.  
Informationen für Ärzte und Patienten sind erforderlich. Die Tuberkulosebekämpfung ist eine der bestorganisiertesten, sofern die Möglichkeiten ausgeschöpft werden.
5. *Heilbehandlung*  
Die Erfolge der Entseuchung stiegen nach einer Untersuchung stetig an. [Zahlen: 1960-69]. Noch vor 50 Jahren starben 67% der Offentuberkulösen. Dies ist ein Erfolg der Chemotherapie.
6.  
Die Chemotherapie ist nur erfolgreich, wenn die Medikamente auch genommen werden. Mitarbeit des Patienten ist erforderlich.
7.  
Bei 10% der Patienten konnte auch nach stationärer Behandlung keine Negativierung erreicht werden. Dafür gibt es verschiedene Ursachen.
8.  
Früherkennung erhöht die Heilungschancen. Bei offener Tuberkuloseerkrankung erhöhen sich die Infektionen und Erkrankungen in der Umwelt. Folgeschäden können bleiben, die die Erwerbsfähigkeit herabsetzen.
9. *Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen*  
Die rechtlich geforderten Untersuchungen sind weiterhin erforderlich.
10.  
Ohne Röntgen-Reihen-Untersuchung (RRU) kann nur eine Teilerfassung erfolgen. [Zahlen einer RRU]. Ein Abbau der RRU-Aktionen ist verfrüht.



#### 11. *Nachfürsorge*

Ein Ausbau der Nachsorge war erforderlich. Kontrolluntersuchungen müssen stattfinden. Dabei müssen Ärzte und Tbc-Fürsorgestellen zusammenarbeiten.

#### 12.

Wirtschaftliche Hilfe ist durch das BSHG gesichert. Vorschläge zur Verbesserung wurden eingereicht.

#### 13.

Die Beratung und Belehrung der Tuberkulosekranken gehört zu den Pflichtaufgaben des Gesundheitsamtes. Sozialarbeiter sollen die Betroffenen und die Angehörigen in Fragen des täglichen Lebens beraten.

#### 14. *Arbeitsfürsorge*

Der Anteil der wieder arbeitsfähigen Tuberkulosekranken ist gestiegen [Zahlen]. Es gibt finanzielle Hilfen für die sozialversicherte und die nicht-sozialversicherte Bevölkerung. Zusätzlich sind gesetzliche Vorgaben zur Gleichstellung vorgesehen.

#### 15.

Arbeits-, Berufsfürsorge und Umschulung erfordert Teamwork von Ärzten, Gesundheitsamt, Arbeitsamt und dem Kranken. Infolge der Rezession ist die Vermittlung Behinderter und Tuberkulosekranker schwieriger. Dann ist Arbeitslosenunterstützung oder Tuberkulosenhilfe vorgesehen.

#### 16. *Wohnungsfürsorge*

Das Wohnumfeld hat bei der Tuberkuloseentstehung eine bedeutende Rolle. Möglichkeiten zur Verbesserung der Wohnungslage sind: §56 BSHG „Mitwirkung bei Wohnungsbeschaffung“ und Wohngeld. In einzelnen Ländern werden Darlehen vergeben, die z.T. Erlöse aus Wohlfahrtsaktionen sind.

#### 17. *Belastende Gruppe: Alterstuberkulose*

In höherem Alter steigt die Anzahl ansteckungsfähiger Lungentuberkulose. Der Gipfel liegt in der Altersgruppe von 60 bis 80 Jahren. Beim weiblichen Geschlecht gibt es diesen Altersgipfel nicht. Auch alten Menschen sollte eine Heilungs- und Besserungschance gegeben werden.

#### 18. *Die chronisch-ansteckenden Tuberkulösen*

„Chroniker“ scheiden auch noch nach zwei Jahren Tuberkelbakterien aus. Die Anzahl ist gesunken. Chroniker müssen einer Chemotherapie zugeführt werden. Eine Beratung muß stattfinden. Durch Früherkennung muß der Übergang in das chronische Stadium vermieden werden.

#### 19. *Tuberkulose bei den ausländischen Arbeitnehmern*

Die Tuberkulose-Rate ist hier höher. Ausländer nehmen zwar bei Röntgen-Reihen-Untersuchung teil. Eine Sonderaktion, die alle zwei Jahre

stattfinden sollte, muß ernstlich überlegt werden.

*20. Die Gruppe der dissozialen Tuberkulösen einschließlich der Alkoholiker*

Seit Jahren nehmen die Alkoholiker unter den Tuberkulösen zu. Beide Krankheiten müssen konsequent behandelt werden. Spezialkliniken stehen zur Verfügung. Rechtliche Möglichkeiten gegen die dissozialen und asozialen „Ansteckend-Tuberkulösen“ sind vorhanden.

*21. Kooperation*

Tuberkulosebekämpfung ist nur möglich, wenn medizinisches Personal und die Sozialversicherungsträger zusammenarbeiten. Der Patient darf dabei in Vergessenheit geraten. Öffentlichkeitsarbeit muß geleistet werden.

*22.*

Für die erfolgreiche Arbeit wird spezialisiertes Personal benötigt. Leider wird zuwenig Personal zur Verfügung gestellt. Die zukünftige Tuberkulosebekämpfung muß bereits heute geplant werden.

*23.*

Das Tuberkulose-Problem ist ein Komplex von medizinischen und sozialen Problemen, da der Patient langfristig krank ist und aus seinen privaten und beruflichen Zusammenhängen gerissen wird. Menschliche Gesichtspunkte müssen berücksichtigt werden, damit es zu einem Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient kommt.

**Kroner, Karl-Heinz & Stefan Willer: Multiple-Sklerose-Kranke in Franken. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 82-84**

---

1.  
[Verantwortliche der Untersuchung]
2.  
[Zitat: Multiple Sklerose ist als Krankheit noch nicht medizinisch entschlüsselt. Sie wirft eine Reihe von sozialen Problemen auf. Besondere Betreuung ist nötig.]
3.  
Die besondere Bedeutung wird in der Region Franken vom DPWV übernommen. Leistungen sind: Persönliche Gespräche, Ansprüche gemäß BSHG durchsetzen und Beratung durch den technischen Dienst zur Verbesserung der Lebenssituation.
4.  
Eine Beratung und Betreuung ist notwendig, da psychische Probleme auftreten. Das Familienleben ist gestört. Ärzte behandeln nur die organischen Symptome.
5.  
Eine Umfrage sollte die Lebenssituation erarbeiten. Verschiedene Problembereiche interessieren. [Fragen]
6. *Methode der Befragung*  
[Zeitpunkt, Anzahl, Likertskala, Rücklauf 49,8%]
7. *Ergebnisse der Befragung: Körperliche Behinderung*  
[Anzahl der Kranken, die sich mit oder ohne Hilfsmittel bewegen können.]
8.  
[Erklärung der Fragestellung.]
9.  
[Erläuterung einer Antwort.]
10.  
Nur wenige besitzen einen Schwerbehindertenausweis. Dies ist ein Versäumnis in der Betreuung.
11. *Geistige Aufgeschlossenheit*  
Die Betreuungsarbeit wird von fast allen mit gut bewertet. Ein persönliches Gespräch hilft den Patienten am meisten.

12.

Die Dauer des Gespräches wird als zu kurz empfunden. Die Kranken haben ein gestörtes Verhältnis zur Sexualität.

### 13. *Kontaktfreudigkeit*

Viele befürworten die Schaffung von Gesprächs- oder Arbeitsgruppen. Die Treffen im Anschluß an die Befragung waren wenig besucht. Dies liegt vermutlich an der Größe der Region bzw. an der Furcht vor dem Gesehenwerden oder noch schlimmere Erkrankungen zu sehen. Ausflüge werden befürwortet.

### 14. [Beispiele]

15.

Schwierigkeiten sind technisch bedingt oder scheitern an der Kostenübernahme.

16.

Das Informationsbedürfnis ist nicht gedeckt.

17.

Unseriöse Presseberichte verführen zu unverantwortlichen Versuchen mit nicht geeigneten Mitteln.

18.

Ärzte klären nicht richtig auf. Probleme könnten gemildert werden, wenn Ärzte und Psychologen in Kontaktkreisen Informationen geben würden.

### 19. *Bereitschaft zu eigener Aktivität*

[Überleitung]

20.

Experten sollten Möglichkeiten zur Selbsthilfe aufzeigen. Bei MS-Kranken ist jedoch ein Zurückfallen in Passivität zu beobachten. [Zahlen]

21.

Kranke in Klinik- oder Freizeitaufenthalt, denken über ihre Situation intensiver nach und wollen die gewonnenen Erkenntnisse auch praktisch umsetzen. [Zahlen]

### 22. *Wunsch nach Besuch*

Kranke sind in den Bewegungsmöglichkeiten innerhalb ihrer Wohnung eingeschränkt. Eine Beratung durch den technischen Dienst wird erwünscht.

### 23. *Wunsch nach Besuch*

Der Besuch eines Bewegungstherapeuten wird erwünscht. Erfolgserlebnisse können vermittelt werden.

*24. Erkenntnisse und Zusammenfassung*  
[Überleitung]

25.

Die ärztliche Diagnose sollte früh vermittelt werden, damit sich der Patient auf ein sinnvolles Weiterleben einstellen kann. Der Arzt sollte Kontaktstellen nennen.

26.

In persönlichen Gesprächen muß auf die Sorgen und Nöte eingegangen werden. Eine Kooperation mit Ärzten und Psychologen sollte stattfinden, ohne die Selbständigkeit des Patienten einzuschränken.

27.

Das Problem der Sexualität sollte nicht länger totgeschwiegen werden.

28.

Der technische Dienst kann in Anspruch genommen werden. Hier besteht genauso Bedarf wie bei Beschäftigungstherapeuten.

29.

Nichttechnische Betreuung ist erforderlich und sollte finanziert werden. Bisher zahlen nur kommunale Träger.

1.

„ams el“ ist eine Selbsthilfegruppe für MS-Kranke. Ziel ist die Aktivierung der Betroffenen zur Selbsthilfe. Dafür gibt es Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten. Öffentlichkeitsarbeit ist eine Aufgabe. Zusammenarbeit mit anderen Behindertengruppen ist angestrebt.

2.

Moderne Sozialarbeit kann nur gelingen, wenn die Zielgruppe aktiviert wird. Dies ist bei MS-Kranken problematisch. Die Ursachen liegen im menschlichen und medizinischen Bereich.

### *3. Gefährlicher Kreislauf*

Die Gesellschaft steht Behinderten hilflos gegenüber. Die Einstellung zu Krankheiten ist aus der Zeit des Dritten Reiches geprägt. MS-Kranke befürchten Diskriminierung oder werden diskriminiert. Aus Furcht nehmen sie deshalb nicht am gesellschaftlichen Leben teil. Durch den Rückzug entsteht Isolation. Ein Kreislauf tritt ein, der nur schwer zu durchbrechen ist. Die Beziehungen zwischen den Kranken und zu den Gesunden sind z.T. stark gestört.

### *4. Gesellschaftliche Isolation*

Die gesellschaftliche Isolation wird oft schwerwiegender empfunden als das finanzielle oder medizinische Problem. Deshalb wurde „ams el“ gegründet. Kontaktarmut und Isolation soll überwunden werden. Kontaktgruppen wurden gegründet, in denen sich zunächst Kranke untereinander und später auch mit Gesunden treffen können. Das Engagement und die Aktivität soll durch Gruppenbewußtsein gefördert werden.

5.

„ams el“ wurde zu einem überregionalen Begriff. MS-Kranke können sich mit der Vereinigung identifizieren und Leidensgenossen helfen. Das eigene Engagement kann später einmal für den Kranken selbst Hilfe bedeuten.

### *6. Gefühl der Gemeinsamkeit*

Das Gemeinschaftsgefühl kann ein hoher Wert sein, z.T. sind Führungskräfte selbst behindert. Gehen diese mit gutem Beispiel voran, dann entsteht echte Lebenshilfe.

7.

Durch „ams el“ soll die etablierte Sozialarbeit effektiver und entlastet werden. [Mitglieder und Förderung des Vereins]

1.

Psychosoziale Probleme des Einzelnen sind wegen der Komplexität gesellschaftlichen Zusammenlebens schwieriger im begrenzten Rahmen der Familie zu lösen. Beratungsinstitutionen werden eingerichtet, sind jedoch schon bald überlastet. Die Konfrontation mit der Bürokratie wird abgelehnt und menschliche Kontakte werden gesucht, um persönliche Beratung zu erhalten. Die Bereitschaft persönliche Beratung und Hilfe zu geben, spart öffentliche Kosten und vermenschlicht unser Dasein.

2.

Finden Menschen keine Hilfe in ihrer Familie, suchen sie zunehmend Beratung durch Ärzte. Diese Hilfe wurde früher von Hausärzten gegeben. Psycho-soziale und körperliche Leiden sind vielfach gekoppelt. [Beispiele]

### 3. *Beratung*

Der Arzt erteilt Besserung durch Beratung und medikamentöse Behandlung. Der Patient muß keine Beratungsstelle aufsuchen. 30-50% der Patienten suchen den Arzt wegen psycho-sozialer Ursachen auf. Die fehlende Nähe von Arzt und Patient kann hier ein Vorteil sein. Der Weg zum Arzt wurde erleichtert.

4.

Viele Ärzte sind zu einer Beratung bereit. Sozialmedizin wird Teil der Aus- und Fortbildung.

### 5. *Zu wenig Sozialmedizin*

Wegen mangelnder Kenntnisse möchten Ärzte bestimmte Probleme bei Patienten nicht ansprechen, auch wenn in der Ausbildung Psychologie und Soziologie angeboten wurde. Die Gebiete sind zu umfangreich.

6.

Sozialmedizin wird zwar berücksichtigt, aber schon bald tritt in der Arbeit Routine ein. Betreuung wird an Psychologen delegiert, die zuwenig Erfahrung in der Arbeit mit Kranken haben. Zuwenig Psychologen werden im Krankenhaus finanziert. In der Praxis bleiben Schwierigkeiten.

### 7. *Honorarfragen*

Ein Arzt der gute Beratung leistet, ist bald von anderen Patienten überlastet und verschreibt dann nur noch Medikamente.

8.

Medikamente zu verschreiben ist einfacher als die Klärung der psychologischen Zusammenhänge. Dies kann auch vom Patienten gewünscht

sein, da er keine Rechenschaft ablegen muß.

9.

Die Honorierung ist besser geworden. Eine technische Leistung, die an Hilfspersonal delegiert werden kann ist rentabler. Der Patient wird von Arzt zu Arzt geschickt.

10.

Trotz Aufwand muß sozialmedizinische Betreuung nicht zum Erfolg kommen. Der Mißerfolg wird als persönliches Versagen gewertet. Bei Medikamenten kann dem Mißerfolg andere Ursachen zugeschrieben werden.

#### *11. Mitarbeit in Beratungsstellen*

Viele Ärzte sind bereit, sozialmedizinischen Erfordernissen gerecht zu werden. Bei Gutachtenerstellung findet eine Zusammenarbeit mit Ämtern und Beratungsstellen statt.

12.

Die Gesprächsbereitschaft der Partner ist wichtig. Ressortdenken schadet. Bei Überlastung sollte dann keine Kooperation angestrebt werden. Engagierte Mitarbeiter werden nicht gerne gesehen, da sie den weniger aktiven einen stillen Vorwurf machen.

13.

Den Wirkungen des Arztes sind Grenzen gesetzt. Eine Psychotherapie kann er nicht leisten, nur Hinweise auf Zusammenhänge können gegeben werden.

14.

Vortragsreihen können diese Lücke schließen. Zur Mitarbeit soll angeregt werden. Bereits Kindern benötigen die Vermittlung einer entsprechenden Haltung, damit eine frühzeitige Behandlung einsetzen kann.

#### *15. Trainingsgruppen für Eltern*

Interdisziplinäre Trainingsgruppen für Eltern sollten gebildet werden. [Beispiele]

16.

Über die richtige Gestaltung der Gruppenarbeit liegen verwirrend viele Informationen vor.

17.

Gruppenarbeit in seminaristischer Form hat Vorteile.

18.

Arzt, Psychologe und Sozialarbeiter können Hinweise und Anregungen für die Diskussion geben.



19. *Differenzierte Hörerschaft*

Die Gestaltung der Arbeitsform hängt von der Hörerschaft ab. [Beispiele]

20.

Kurse in größeren Dörfern haben sich bewährt. Sind Honoratioren anwesend, kann die Diskussion ins Stocken geraten. Kennen sich die Teilnehmer, kann dies ein Hindernis sein.

21.

Interessenten fahren zu Auswärtsveranstaltungen. Ist eine gelockerte Atmosphäre geschaffen, kommt eine fruchtbare Aussprache zustande.

22.

Bewährt hat sich die Thematisierung der kindlichen Entwicklungsstufen, des sozialen und geschlechtlichen Lernens sowie das Entstehen und die Behandlung von Verhaltensstörungen. [Arbeitsformen im Seminar]

23.

Einzelberatungen können vorher oder nachher erfolgen.

24.

Wie bei Seuchen, sollte auch Asozialität durch Elternschulung bekämpft werden.

**Blumhardt, Erika, Jutta Fröhlich: Langzeitkranke und Gemeindekrankenpflege. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 88-89**

---

1.  
Die Probleme von Behinderten sind zwar nicht gelöst, aber es sind Sprecher vorhanden, die sich um eine Lösung bemühen.
2.  
Anders ist es bei Langzeitkranken. Besonders bei denen, die in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden. Durch Isolation werden sie kaum wahrgenommen. Nur Angehörige und Pflegekräfte wissen über sie Bescheid.
3.  
Eine Institution bemüht sich die Erfahrungen zu bündeln, um Perspektiven zu entwickeln.
4.  
Nicht nur sozialpolitische Belange werden wahrgenommen, sondern auch Fortbildungen werden von dem Träger angeboten. [Beispiel: Tagungsprogramme]
5.  
Der Erfahrungsaustausch verdeutlicht, welche Defizite den Langzeitkranken zu schaffen machen.
6.  
Kranke atmen auf, wenn sie nach dem Klinikaufenthalt nach Hause können. Auch Langzeitkranke, die auf Pflege angewiesen sind. [Beispiel]
7. *Pflege zu Hause*  
Pflege zu Hause war bereits vor der Kostenexplosion ein Thema. Traditionell stehen Fachkräfte zur Verfügung. [Zahlen: Fachkräfte in Baden-Württemberg; Träger]
8.  
Langzeitkranke kommen aus allen sozialen Schichten.
9.  
Patienten werden Pflegern nach Krankenhausaufenthalt anvertraut. Mit einem Arzt wird ein Pflegeprogramm entwickelt. Während früher die Pflege im Vordergrund stand, soll nun der Kranke fit gemacht werden, um auf Pflege zu verzichten.

10.

Häusliche Krankenpflege ist langfristig und hat aktive Rehabilitation und Selbsthilfe zum Ziel. Schwierigkeiten: Der Patient und die Angehörigen erwarten von der Krankenschwester eine passive Rolle. Kosten für Rehabilitation werden nur übernommen, wenn sie in einer Einrichtung stattfindet.

11. *Isolationsgefahr*

Angehörige müssen mitarbeiten, um der Isolationsgefahr zu begegnen. Angehörige müssen in depressiven Phasen helfen. Funktionen müssen neu trainiert werden. Dies erfordert Geduld.

12.

Jahrelange Hilfe strapaziert und belastet Familien. Möglichkeiten zur wochenweisen Unterbringung der Kranken fehlen. Dies wäre eine Entlastung für die Familie und Abwechslung für den Kranken.

13. *Kontakte nötig*

Der Einfallsreichtum von Sozialarbeitern soll helfen, da schon für andere Benachteiligte etwas erreicht wurde. Langzeitkranke benötigen Außenkontakte zu gesunden Menschen, da sich sonst die Perspektive verengt und Resignation Schmerzen verursacht.

14.

Besuchsdienste können hilfreich sein, erlahmen jedoch schnell. [Zitat: Krankenbesuche sind erlernbar.] Die Umwelt soll auf den Kranken reagieren und ihn integrieren. Die Schweigepflicht muß beachtet werden.

15.

Langzeitkranke sind vergessene Kranke. Die Bedürfnisse, die über das Medizinische hinausgehen, sind kaum untersucht und reklamiert worden. Es muß menschlich auf sie und ihre Familien eingegangen werden.

**Herrmann, J.: Das französische Gesundheits- und Sozialsystem. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 89-91**

---

1.  
99% der Bevölkerung sind vom Dachverband des französischen Gesundheitsdienstes erfaßt. Es gibt verschiedene Versicherungen und Zulagen. Einzelsysteme und Berufskassen wurden in einen einheitlichen Verband aufgenommen.
2.  
Die französische Krankenversicherung unterscheidet sich wesentlich von der deutschen. Es gibt keine Kassenärzte. Jeder kann eine medizinische Einrichtung seiner Wahl aufsuchen und bezahlt die Honorare direkt. Gegen eine Bestätigung erhält der Patient von der Kasse die Kosten z.T. rückerstattet. Ärzteverband und Kasse haben sich über Honorare verständigt. [Honorare für Behandlungen.]
3. *Erhebliche Krankenhauskosten*  
Die Krankenversicherung arbeitet mit einem Defizit. Ursache: Steigende Beanspruchung des Gesundheitsdienstes und bedeutsame Krankenhauskosten, die bei längerem Aufenthalt zu 100% übernommen werden. [Kosten für Krankenhausaufenthalte.] [Beitragskosten zu den Versicherungen und Arbeitgeber- bzw. -nehmeranteil.]
4. *Rentenvorteile für Mütter*  
Der Gesundheitsschutz für Mütter ist besonders ausgebaut. Prämien während der Schwangerschaft werden ausbezahlt, wenn kostenlose Vorsorgeuntersuchungen besucht werden. [Höhe der Prämien.] Geplant sind Ruhepausen vor und nach der Geburt. Nach dem bezahlten Urlaub, der der Geburt, folgt kann ein weiterer unbezahlter Urlaub genommen werden. Väter erhalten 3 Tage Urlaub.
5.  
Die Erziehungszeiten werden auf den Rentenanspruch angerechnet. Prämien gibt es für Alleinverdiener und Mütter, die arbeiten müssen. Pflegekosten für Kinder werden z.T. übernommen.
6.  
Die Gewerkschaften verlangen eine Herabsetzung des Rentenalters. Für Arbeiter, die schwere und manuelle Arbeit leisten, ist dies schon geschehen. Diese Arbeit soll aufgewertet werden.
7.  
[Beispiel: Schwere Arbeit] Die allgemeine Herabsetzung des Rentenalters ist von der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig. [Berechnung der Rente]

8.

Aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes kann Vollrente bereits mit 60 Jahren beantragt werden. Ein amtsärztliches Attest ist erforderlich. Arbeitslose in hohem Alter erhalten Arbeitslosenunterstützung, bis diese von Vollrente abgelöst wird.

#### 9. *Ständige Verbesserung der Sozialleistungen*

Neue Verbesserungen sind geplant. Prämien und Zulagen für Frauen sollen zusammengefaßt werden. [Familienzulage]

10.

Es gibt noch Lücken im Gesundheitsdienst. Die Krankenversicherung arbeitet wie in der gesamten EG mit roten Zahlen. Die Beiträge können nicht jedes Jahr angehoben werden. Industrielle fordern eine Herabsetzung der Belastungen. Trotz Defizit, werden die Leistungen nicht vermindert. Kooperation könnte Kosten senken. [Beispiel] Ärzte verlangen höhere Honorare als vereinbart. Der Selbstkostenanteil steigt. Betten in Krankenhäusern sind belegt von Patienten, die auch ambulant behandelt werden könnten. Die Rentenversicherung soll aus der Sozialversicherung ausgeklammert und selbständig werden. Der Staat muß Finanzhilfe leisten.

11.

Die WHO erwartet eine soziale Revolution im europäischen Gesundheitswesen. Medizin muß zu einem integrierenden Teil der Gesellschaft werden. Nur so können die Kosten angemessen bleiben.

**Biernath, Gerda: Sozialarbeit als Lebenshilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 92-93**

---

1.  
Langzeitkranke bedürfen besonderer Zuwendung, da ihnen manches versagt bleibt. Die Sozialarbeit entwickelt einen eigenen Zweig, um Ansprüche und Forderungen von Kranken durchzusetzen. [Überleitung]

2.  
Krebskranke sind nahe mit dem Tod konfrontiert. Der Patient lebt in Ungewißheit, ob die Krankheit beendet oder gestoppt ist. Neben medizinischer Hilfe, braucht der Kranke auch Zuwendung sozialer Dienste.

3.  
Die seltene Arbeit einer Sozialarbeiterin mit Krebskranken soll vorgestellt werden.

**4. *Hilflos ausgeliefert***

Die Situation von Krebskranken ist desolat. Im Krankenhaus ist der Patient der Medizin ausgeliefert. Gesellschaftlich wird die Krankheit tabuisiert. Viele Kranke sind unzureichend über ihre Krankheit informiert. Der Sozialarbeiter kann nur im Hintergrund der medizinischen Behandlung auftreten und muß humanitäre Hilfe leisten. Der Sozialarbeiter soll in allen Konfliktfällen zur Kontakt-Vertrauens-Person werden.

5.  
Aus einer wissenschaftlichen Abschlußarbeit der Sozialarbeiterin geht hervor, daß sich kaum psychosomatische und soziologische Sichtweisen damit beschäftigen. Eigene sozialpädagogische Vorstellungen müssen entwickelt werden. [Zitat: Bereits im Krankenhaus sollten alle Beteiligten kooperieren. Auswirkungen der Krankheit in Familie, Umwelt und Beruf sollten angesprochen werden. Neue Rollen und Veränderungen müssen erkannt und akzeptiert werden. Unterstützende Sozialmaßnahmen müssen ergriffen werden. Nachgehende Betreuung muß stattfinden.]

**6. *Individuell abgestimmtes Gespräch***

Die psychische Komponente ist wichtig für den Krankheitsverlauf. Der Sozialarbeiter muß das psychische Stadium erkennen. Patienten empfinden eine Kommunikation nach außen als sinnlos. Der Rückzug ist Reaktion auf die Umwelt.

7.  
Die Kontaktaufnahme zeichnet drei Gruppen auf, die sich in der Intensität der Kontakte unterscheiden. Bei Kontakten ist das individuell abgestimmte Gespräch entscheidend. Es soll mit - nicht über - den Patienten gesprochen werden. Der Aufbau des Selbstbewußtseins und des durch

den Krankenhausaufenthalt verschüttete Vertrauen soll erfolgen. Zwischenmenschliche Kontakte zwischen Klient und Sozialarbeiter können entstehen, die nur auf Wunsch des Klienten wieder abgebaut werden sollten.

8.

Neue Abhängigkeiten sollten vermieden und sondern Hilfe zur Selbsthilfe soll erreicht werden. Bisher wurde für den Patienten eher zuviel im Gesundheitsbereich getan. Die Ich-Kräfte und Energien werden unterstützt. Wirklichkeitskonstruktionen sollten nicht zerstört werden, wenn sie dem Patienten helfen. Der Patient soll eigene Entscheidungen treffen und der Sozialarbeiter nur dann eingreifen, wenn es zu Konflikten kommt.

9.

Deutliche und sachliche Informationen über die Krankheit, Behandlung und Rechte bauen Ängste und Unsicherheiten ab. Kontakte zu Mitbetroffenen sind positiv. Die neue Bezugsgruppe kann die Problematik mitverarbeiten.

10.

Viele Sozialarbeiter sollten genügend Zeit finden, den Klienten zu beraten, statt zu verwalten. Sozialarbeiter sind jedoch überlastet. Forderungen sind:

11.

Steigerung der Anzahl von Sozialarbeitern. Psychosomatiker, die Sozialarbeiter beraten. Balintgruppen oder medizinisches Personal, die Sozialarbeiter beraten und methodisches Arbeiten ermöglichen. Stärkere Öffentlichkeitsarbeit. Ärzte sollten sich mit der Sicht der Sozialarbeiter beschäftigen.

**Biernath, Gerda: Für die Klienten ein Partner. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 4, 93-94**

---

1.  
[Frage: War die Arbeit mit Krebskranken in der Ausbildung ein Thema?]
2.  
Es wurde nur über den Sozialdienst im Krankenhaus gesprochen.
3.  
[Frage: Krebskranke sterben an ihrer Krankheit. Besteht die Gefahr, wie das Pflegepersonal in ein Eltern-Kind-Schema zu verfallen?]
4.  
Durch Kontakt mit Kollegen kann eine Versachlichung des Problem erfolgen. Dem Klienten soll als Partner gegenübergetreten werden. Alle Möglichkeiten sollen ausgeschöpft und die Verzweiflung mitausgehalten werden. Eine Unterstützung und Anregung von Aktivitäten erscheint sinnvoll. Billiger Trost wird abgelehnt.
5.  
[Frage: Wieviele Patienten sind ungenügend über ihre Situation informiert?]
6.  
Die Arbeitsweise ist von Offenheit gekennzeichnet. Bei der Kontaktaufnahme wird herausgefunden inwieweit ein Patient informiert ist. Anschließend erfolgt ein Kontakt mit dem Arzt und evtl. die Aufforderung, den Patienten vollständig zu informieren. Nur mit aufgeklärten Patienten kann optimal gearbeitet werden. Darum wird auch nur mit diesen gearbeitet, ohne die anderen zu vernachlässigen.
7.  
[Frage: Gab es Scheitern der Kontaktaufnahme?]
8.  
Sozialarbeit haftet das Image der Randgruppenarbeit und Kontrolle an. Dieses Vorurteil konnte abgebaut werden. In der akuten Krise sind die Patienten zu Gesprächen gerne bereit. Reserviertheit und Verdrängung werden im Heilungsprozeß aufgebaut. Gesunde verweigern zunehmend den Kontakt. Dies ist eine gesunde Reaktion. Jeder Patient kann die Zusammenarbeit ablehnen.
9.  
[Frage: Welche Eingliederungsprobleme ins Berufsleben gibt es?]



10.

Arbeitgeber sind meist bereit, die Personen wieder neu einzustellen. Die Kostenträger berenten jedoch zu schnell. Nach zwei Jahren Rente ist die Eingliederung kaum noch möglich.

11.

[Frage: Ist die Arbeitsbelastung zu hoch, um noch nach den eigenen Grundsätzen zu arbeiten?]

12.

Prioritäten müssen gesetzt werden. Kontakte zu Ämtern und Selbsthilfeorganisationen sind sehr wichtig. Die Kleinarbeit ist aufwendig. Beratung und die Aktivierung der Patienten sind das Kernstück der Arbeit. Nicht alle Aufgaben sind gleich wichtig. Für „schwierige“ Fälle muß genügend Zeit vorhanden sein.

13.

Es gibt keine Kontrolle über die Effektivität der Arbeit durch Supervision oder Balintgruppen. Eine Verstärkung des Sozialdienst im Krankenhaus sollte erfolgen; Spezialfälle sollen übermittelt werden. Eine Kooperation wäre sinnvoll.

1.

Es ist unbestritten, daß sozialer Dienst im Krankenhaus notwendig ist. Dem Patienten fehlt die Verbindung zur Außenwelt. Wiedereingliederung ist problematisch. Langzeitkranke befinden sich in einer besonderen Situation. Sorgen und Nöte belasten den Patienten, die Gesunde wegen ihrer Mobilität nicht haben.

2.

Sozialdienst im Krankenhaus ist zwar in den Krankenhausgesetzen vorgesehen, ein Zweig der Sozialpädagogik fehlt jedoch. Die Stellung des Sozialarbeiters im Krankenhaus ist noch nicht fest umrissen. Kenntnisse fehlen.

3.

Bereits 1971 wurde gefordert, daß in der Ausbildung dem Sozialarbeiter medizinische Grundkenntnisse vermittelt werden sollten. Bereiche waren: Rehabilitation, Sozialpsychiatrie, Suchtkrankenbetreuung und psychosoziale Aufgaben der Gesamtmedizin. Das Gesundheitswesen kann zukünftig auf akademisch ausgebildete Sozialarbeiter nicht verzichten.

4.

Sozialmedizin wurde als Pflichtfach in die FH-Ausbildung von Sozialarbeitern aufgenommen. Die Dringlichkeit einer sozialpädagogischen Bewältigung medizinischer Probleme wurde betont. Eine Transformation der Begriffsbildung und der medizinischen Denkformen auf den Problemhorizont der Sozialarbeit sollte vorgenommen werden. Das Verhältnis von Medizin und Sozialarbeit soll historisch aufgearbeitet werden. Krankheit ist als somatischer und psychosozialer Prozeß zu beleuchten. „Gesundheit“ und „Krankheit“ sind kritisch zu hinterfragen. Haltungen und Wertsysteme der modernen Medizin müssen mit konventioneller und psychosomatischer Medizin verglichen werden. Soziotherapie als Ergänzung der medizinischen Therapie gebührt eine vorrangige Behandlung. Im Gesundheitswesen herrscht zugleich Emotionalität, die der Sozialarbeiter bei sich reflektieren soll.

5.

Seminare zum Thema werden angeboten.

**Wendt, Wolf Rainer: "In Ruhe toben können." In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1977, 10, 246-249  
1977**

---

1.

Die Stadt ist ein ökologisch komplexer Ort, der die Lebensweise und das Handeln von Kindern stärker beeinflusst als pädagogisch regulierbare Faktoren.

2.

Ein Milieuwechsel kann ein wirksames Mittel sein, um Verhaltensprobleme, bzw. seelische oder physische Probleme bei Kindern und Jugendlichen zu beheben. Landurlaub kann junge Menschen ändern. Diesen Effekt nutzen auch Urlauber.

3.

In einem mehrwöchigen Kururlaub kann die natürliche und soziale Umgebung zum Medium für neues Erleben und Verhalten werden.

4.

Kinder nehmen die Belastungen wahr, die eine Erholung nötig machen. Ein entlastendes Milieu wird als erholsamer erlebt als die medizinisch-curative Behandlung. Hierzu wurde eine Untersuchung durchgeführt.

*5. Wie Kinder Erholung erleben*

[Zeitraum, Ort der Untersuchung, Anzahl und Alter der Kinder] Verschiedene Fragen sollten auf einem Fragebogen frei beantwortet werden.  
[Fragen]

6.

[Unabhängige Variablen und Durchführung der Untersuchung.]

7.

Die Häufigkeit der Nennung von Merkmalen läßt Rückschlüsse auf das Erleben zu. Was Kindern auffällt gehört zur Auffassung, die das psychophysische Befinden reguliert.

*8. Streß am Wohnort und in der Schule*

[Frage: Warum brauchen Kinder Erholung?] Der gesundheitliche Aspekt im engeren Sinne wird nur von wenigen gesehen. Die besonderen sozialen Belastungen dominieren. Der Streß-Begriff besitzt eine auffallende Rolle und wurde aus der öffentlichen Diskussion schnell übernommen. Das der Kur „Fit für die Schule“, wurde von einigen erkannt.

9.

Seelische Belastungen aus dem sozialen Milieu werden genannt. Der Zusammenhang von Verhaltensproblemen und häuslichen und familiären Belastungen wird von älteren erkannt. Psychosoziale Probleme verbergen sich hinter der Äußerung „Krankheiten und Fehlernährung machen Erholung erforderlich“. Ältere Kinder erklären die Erholungsbedürftigkeit vielseitig.

10.

Schlechte Luft in der Stadt ist Grund für eine Kur.

11.

Unter Schulkindern ist das Umweltbewußtsein stärker als angenommen. Lärm wird als hinreichender Grund für Erholung gesehen.

12.

[Zitat: Am Kurort ist die Luft- und Umweltverschmutzung geringer, die Ernährung besser und es gibt bessere Freizeitmöglichkeiten.]

13.

Sozialkontakte sind auf dem Land häufiger.

14.

Sozialkontakte sind intensiver. Konsum ist in der Stadt einfacher.

15.

Das Empfinden von Umweltbelastungen und Streß als Grund für Erholung wird von Ärzten geteilt. Entsprechende Diagnosen werden gestellt. Nur wenige Kinder meinen sie seien wegen manifester Krankheiten im Erholungsheim.

16.

Zahlreiche Kinder gaben Über- oder Untergewicht als Grund zur Erholung an. Dabei wird an einen konstitutionellen Zustand gedacht und nicht an einen Ernährungsfehler.

17.

Eine Vielfalt von sozialen Gründen wird als Grund zur Erholung angegeben.

18. *Die anstrengende Umwelt Stadt*

[Frage: Wie erholt man sich am besten?] Den meisten Kindern fällt Schlaf und Entspannung ein. Während der Kur wurden Erfahrung mit Entspannungsübungen gemacht und positiv bewertet.

19.

Erholung gelingt auch durch Bewegung und Sport. [Beispiele] Anspannende Aktivitäten sollten durch rhythmische Wechsel mit Ruhe zusammengehören.

20.

Das Klima, die natürliche Umgebung und die Luft wird als erholsam erlebt.

21.

Erholung wird auch durch Spiel und sinnvolle Freizeitgestaltung erreicht. Jüngere finden Spielen an sich erholsam, ältere bestimmte Spiele sowie Parties und Feste.

22.

Die medizinisch, physiotherapeutischen Maßnahmen werden trotz täglicher Anwendungen nur von wenigen als erholsam wahrgenommen. Auch die Ernährung wird nicht als förderlich beschrieben. Auch nicht von den Kindern, die meinen sie müßten zu-, bzw. abnehmen.

23. *Natur und Gemeinschaft*

[Frage: Was ist im Erholungsheim anders, was kannst Du hier im Unterschied zu zuhause machen?] Bessere motorische Entfaltungsmöglichkeiten, Landschaft und Natur sind reizvoll, Gemeinschaftserfahrung, Ruhe und Entspannung.

24.

Die Landschaft prägt sich ein. Umwelterfahrungen sind nachhaltiger als soziale. Die Romantik einzelner Erfahrungen fesselt die Kinder. Beeindruckend ist auch, daß es andere Freizeitmöglichkeiten als Fernsehen am Abend gibt. Defizite in der Naturerfahrung und im sozialen werden ausgeglichen.

25.

Die Gemeinschaftserfahrung ist für viele neu. Neue Freunde werden gefunden. Der Umgang zwischen den Geschlechtern in spielerischer und gelockerter Form ist bedeutungsvoll.

26.

[Beispiele]

27.

Anpassungsprobleme resultieren aus vorgegebenen Regeln im Heim.

28.

[Frage: Was gefällt am Kurheim?] Unternehmungen und Spiele, Gemeinschaftserfahrung, Natur und Landschaft, abendliche und nächtliche Unternehmungen, Ruhe und Entspannung.

29.

[Frage: Was gefällt nicht?] Auf die Mittagsruhe soll verzichtet werden. Die frühe Bettruhe und frühes Aufstehen gefallen nicht. Die Kinder würden gerne fernsehen, allein Fortgehen, weniger Rücksicht auf die Gruppe

nehmen und besseres Essen. Heimspezifische Mängel werden genannt.

30. *Die Kur als Milieuthérapie*

Im natürlichen und sozialen Milieu finden Kinder Erholung, für die sie ihre andere Umwelt bedürftig gemacht hat.

31.

Eine neurovegetative Entlastung findet statt. Anspannungen des städtischen Lebens werden durch die Umwelt am Kurort gelöst. Curative Maßnahmen werden von den Kindern nicht so stark wahrgenommen.

32.

Kinder erleben am Kurort was ihnen an gesunden Verhältnissen fehlt.

### 3 Auflistung der Paraphrasen

Die im letzten Abschnitt dokumentierten Texte, habe ich noch einmal zusammengefaßt und paraphrasiert. In den folgenden Listen sind die daraus entstandenen „Textkondensate“ aufgeführt.

Unter den Paraphrasen ist jeweils eine mehr oder wenige lange Zahlenkolonne, die das Auffinden der ursprünglichen Aussagen in den Originaltexten bzw. Zusammenfassungen erleichtern soll. Die erste Ziffer vor dem Doppelpunkt ist das Jahresdatum. Die jeweils **fettgedruckten** Ziffern bezeichnen die Nummer des analysierten Textes (vgl. S. 298 ff.). Danach folgt die Angabe der einzelnen Absätze - jeweils durch „/“ getrennt - in denen diese Aussage zu finden ist.

**Lesebeispiel:** Eine Aussage, die mit der Paraphrase „Andere Disziplinen haben Defizite, die die Sozialpädagogik ausgleichen kann. Die Sozialpädagogik ist hier überlegen.“ zusammengefaßt werden kann, findet sich in Text mit der Ziffer 144 (Gunther, Eckart P.: Kooperation der Gesundheitsberufe. In: Sozialmagazin 1991, 7-8, 89 - 91) im sechsten Absatz.

1. Andere Disziplinen haben Defizite, die die Sozialpädagogik ausgleichen kann. Die Sozialpädagogik ist hier überlegen.  
1991: **144** 6; **217** 2; **216** 5/6/7/10/17  
1989: **151** 7a; **154** 1; **220** 11  
1987: **022** 15/27  
1985: **004** 46/47, **073** 6/9  
1983: **045** 30; **046** 15/16/17; **094** 1; **099** 4/5  
1977: **167** 3; **258** 2; **267** 4; **262** 1ff.
2. Andere Disziplinen sehen andere Zusammenhänge / haben andere ethische Prinzipien  
1989: **151** 2/3/4/6/7/13; **154** 1/3/4/5/6/10/13/14/15/24  
1987: **023** 5/6/7/13/36/39/41; **019** 3/18/48  
1985: **073** 31  
1983: **046** 16; **099** 1

1981: **094** 1/2  
1977: **260** 4/18

3. Andere Disziplinen und Instanzen sind für zugemutete Aufgaben zuständig.  
1993: **196** 10
4. Andere Disziplinen versuchen in sozialpädagogische Handlungsfelder einzudringen.  
1987: **019** 50  
1977: **262** 1ff.
5. Anderen Disziplinen / Berufsgruppen fehlt ein eindeutiges Bild der Sozialpädagogik. Aufgaben und Fähigkeiten der SA werden nicht erkannt.  
1995: **184** 1/3/14; **181** 2; **182** 10/11  
1993: **196** 2  
1991: **009** 19
6. Äußere (gesetzliche / gesellschaftliche) Einflüsse bestimmen die Sozialpädagogik.  
1995: **183**; **184**; **186** 2/3/4/5/6  
1993: **066** 18; **196** 1  
1991: **217** 14; **216** 1/11; **218** 1/4  
1989: **221** 2/5/6/7/8/21; **220** 17; **026** 10; **154** 2/6/10/18/21  
1987: **023** 3/8/23; **022** 31/47  
1985: **073** 14/15/17/18/19/20  
1983: **045** 39
7. Bei der Bestimmung des Handlungsfeldes treten Definitionsprobleme auf.  
1995: **182** 4  
1993: **195** 3/9  
1991: **009** 19; **144** 4
8. Benachteiligungen / Gesundheitsbeeinträchtigungen werden von der Administration geleugnet.  
1989: **157** 5/9/18/19/20/21/22  
1983: **045** 12/21/34  
1981: **092** 1/3/4/24/29; **083**  
11/18/19/25/27/39a/56/80/85/104/105
9. Bestimmung der Beziehung von Klient und Sozialarbeiter.  
1995: **183**; **184**  
1993: **195** 27; **066** 8/18  
1991: **217** 19



- 1989: **157** 21  
 1985: **073** 26/27  
 1977: **265** 7/8
10. Betroffene sind glaubwürdiger als Experten.  
 1987: **229** 16; **022** 24; **019** 21/22a/ 26/44  
 1983: **097** 12/13; **045** 14  
 1981: **096** 6/7/9/10  
 1977: **265** 9; 261 4/5/6
11. Bisherige Erklärungsmodelle geben Anlaß zu Kritik.  
 1991: **009** 21/22/23  
 1987: **022** 47; **019** 1/2/7/8/9/11/20/29  
 1983: **045** 2; **046** 16/17/18/49; **099** 3  
 1981: **101** 9/11; **092** 20/27/28/31/34; **083** 12/20/29; **094** 1/20;  
**096** 4
12. Bisherige Erwartungen wurden nicht erfüllt.  
 1983: **045** 21/22
13. Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung.  
 1983: **045** 3/11/30; **046** 10  
 1977: **266** 10; **262** 1; **179** 13
14. Der Klient soll über seine Probleme aufgeklärt werden.  
 1977: **265**; **266** 6/12; **260** 16/18
15. Der Klient zeigt (funktionelles) Fehlverhalten.  
 1995: **029** 9ff./22  
 1993: **066** 3  
 1991: **063** 1/2/6/11  
 1987: **022** 6/17/24; 19 4/5/14/15/16/17/18/19/20/21/22a  
 1983: **046** 13/46/47/48/49/50/54/56/57  
 1981: **101** 5; **094** 5
16. Der Mensch ist mehr als sein Körper.  
 1977: **168** 7/8; **170** 1/2; **265** 2; **263** 9/13; **258** 1/5/6/13
17. Der Prozeß sozialer Arbeit soll evaluiert werden.  
 1995: **183**; **186** 9  
 1993: **195** 31; **066** 12/15/16; **196** 12  
 1989: **026** 1/35/36/37  
 1983: **045** 38  
 1977: **266** 13; 265 11

18. Der Sozialpädagoge soll Vorbild und Vertrauensperson sein.  
1991: **063** 30  
1977: **265** 4/7; **266** 4
  
19. Die Entwicklung der Sozialpädagogik weist Brüche auf.  
1991: **009** 4/6
  
20. Die Leistungen von Frauen werden in der Sozialpädagogik nicht deutlich.  
1991: **009** 8/9/11  
1989: **026** 8
  
21. Die Möglichkeiten sozialpädagogischer Hilfe müssen dem Klienten bekanntgemacht werden.  
1987: **229** 9a  
1977: **259** 21
  
22. Die Sozialpädagogik befindet sich in einer Krise.  
1995: **183**; **184** (Modernitätsrückstand); **186** 1/3/2; **181** 1  
1991: **009** 10/26  
1983: **045** (Fehlentwicklung, Überprofessionalisierung)  
3/4/11/17/20/21/25  
1981: **096** 1
  
23. Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.  
1995: **184** 1/2/3; **186** 7/11/16; **181** 2/12; **182** 4/9/13/15/17;  
1993: **196** 9/14
  
24. Die Sozialpädagogik hat ein negatives Image.  
1977: **266** 8
  
25. Die Sozialpädagogik hat einen ethischen Auftrag.  
1977: **168** 7
  
26. Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.  
1991: **009** 7  
1989: **026** 22  
1987: **229** 10; **022** 10a  
1985: **073** 11/17
  
27. Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin.  
1995: **182** 12  
1993: **066** 17/18  
1991: **216** 3/5/12; **144** 8  
1983: **045** 21  
1977: **265** 4; **258** ¾

28. Die Sozialpädagogik ist mit anderen Disziplinen gleichrangig.  
 1991: **144** 4/9/10  
 1987: **229** 8  
 1985: **073** 16/24  
 1977: **167** 2; **267** 4
  
29. Die Sozialpädagogik ist nur begrenzt leistungsfähig.  
 1983: **045** 11/15/16/18  
 1981: **102** 4/5/6/7; **096** 1/2
  
30. Die Sozialpädagogik ist überlastet.  
 1981: **083** 81  
 1977: **265** 10; **261** 1
  
31. Die Sozialpädagogik ist zur Hilfe verpflichtet.  
 1989: **220** 16; **026** 19; **154** 22  
 1987: **022** 13  
 1985: **073** 3/5  
 1977: **166** 3
  
32. Die Sozialpädagogik kann Lebensverhältnisse verbessern.  
 1977: **258** 7
  
33. Die Sozialpädagogik kann von anderen Disziplinen lernen.  
 1995: **182** 14  
 1991: **009** 5/26  
 1983: **097** 7
  
34. Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.  
 1989: **031**; **151** 8/13; **154** 22  
 1987: **022** 13  
 1983: **045** 30  
 1977: **166** 3; **265** 4
  
35. Die Sozialpädagogik soll die Gesellschaft verändern / gesellschaftliche Werte ändern.  
 1993: **195** 26  
 1991: **009** 29  
 1989: **026** 19  
 1987: **229** 22; **022** 11/13; **019** 30a/33/35/36  
 1985: **073** 32  
 1983: **045** 6/7
  
36. Die Sozialpädagogik soll mit der Selbsthilfebewegung zusammenarbeiten.  
 1987: **229** 2/7/16/20; **022** 18/19

1983: **097** 9/10/11/12/13; **045** 13/16/32/40  
1981: **096** 9/11/12  
1977: **266** 12; **263** 13

37. Die Sozialpädagogik soll sich um Mündigkeit des Klienten bemühen.  
1983: **045** 1/4/19/31  
1981: **101** 9/13; **102** 16; **096** 10  
1977: **166** 6; **168** 7; **260** 26; **170** 3/4; **179** 62
38. Die Sozialpädagogik wendet sich an ein bestimmtes Klientel.  
1983: **045** 9/16/22
39. Die Sozialpädagogik will eine Statusaufwertung.  
1983: **045** 26  
1981: **101** 4  
1977: **265** 11; **258** 15
40. Die Sozialpädagogik wird an der Erfüllung ihrer Aufgaben gehindert.  
1995: **186** 8  
1991: **216** 15; **218** 9/16; **145** 5
41. Ein vorgeschlagenes Modell soll institutionalisiert werden.  
1995: **184**; **029** 32  
1993: **195** 20/24; **066** 1  
1991: **216** 18; **063** 28/29  
1987: **229** 1/23
42. Einfache Erklärungen sind nicht vorhanden.  
1981: **083** 34/60  
1977: **167** 2; **168** 3; **262** 1; **268** 1/2
43. Ereignisse aus der Vergangenheit haben erst heute / zukünftige Konsequenzen.  
1981: **092** 15  
1977: **165** 7; **168** 2/7; **259** 22
44. Es gibt eine Konkurrenzbeziehung von Pädagogik und Psychologie.  
1981: **101** 2/3
45. Es gibt Erfolge der Sozialpädagogik.  
1983: **097** 3/6; **045** 10  
1981: **100** 4/16

46. Es gibt Hinweise auf ein bestehendes Klientel.  
 1989: **220** 2/3/6/7/8/9/10/12  
 1987: **157** 1/3/4/6/8/14  
 1981: **102** 1/2/3  
 1977: **257** 1; **261**; **263** 2/4/6/15
  
47. Es bestehen Widersprüche zwischen Leitideen der Sozialpädagogik und der persönlichen Meinung von Sozialpädagogen.  
 1993: **196** 7/11
  
48. Expertenwissen verunsichert Klienten.  
 1983: **099** 4  
 1981: **092** 5/8; **096** 2/5  
 1977: **265** 4; **179** 15
  
49. Gesellschaftliche / gesetzliche Bedingungen (Umweltbelastungen) führen zu Benachteiligungen der Klienten und festigen diese.  
 1995: **180** 5/6; **029** 24/27  
 1993: **195** 1/4/5; **066** 5/6  
 1991: **009** 6; **218** 3/5/8/20  
 1989: **221** 4; **151** 12; **157** 6/7/11/14/22  
 1987: **022** 7; **019** 34  
 1983: **045** 23/33; **046** 1/4/5/6/7/44  
 1981: **101** 7; **102** 4/6/7; **092** 2/6/11/13/14/18/21; **083** 1/2/3-10/21/23/33/36/41/43/45/47/64/87/109  
 1977: **166** 2/3/11/19/22; **168** 2/6; **265** 4; **259** 15; **268** 1/2/9/10/17/30/32; **179** 24
  
50. Gesetzliche Grundlagen reichen nicht aus.  
 1991: **218** 2/7/8/20; **144** 9/10; **145** 5/13/14/15/16  
 1989: **151** 12; **157** 7/19  
 1985: **073** 32
  
51. Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien.  
 1991: **218** 18  
 1989: **221** 9/10/11/17/18; **220** 20/21/22; **157** 18  
 1987: **023** 1; **023** 11  
 1981: **083** 125/126/127/130  
 1977: **266** 10
  
52. Gesundheitsstörungen sind sozial oder psychisch bedingt.  
 1977: **258** 1

53. Gründe für Benachteiligungen / Erkrankungen sind seit langem bekannt.  
 1991: **063** 3/4/5  
 1989: **220** 4; **157** 2  
 1987: **023** 24;  
 1985: **004** 20a  
 1983: **099** 2  
 1981: **100** 1; **102** 5; **092** 10/11/15/32/33; **083** 94
54. Hinweise auf ein neu entstehendes Klientel (quantitative / qualitative Änderung)  
 1991: **217** 1; **216** 4/1; **218** 5  
 1989: **220** 2/18/19  
 1987: **023** 2/7; **229** 4;  
 1985: **004** 17/48  
 1983: **097** 5; **046** 12/13/44  
 1981: **083** 117  
 1977: **168** 5
55. Internationale Vergleiche.  
 1995: **181** 8  
 1991: **145** 1  
 1989: **026** 2  
 1987: **023** 45  
 1985: **004** 2/5  
 1983: **097** 4  
 1981: **099** 3  
 1977: **166**; **167**; **166**; 21/28; **264** 1-11
56. Individuelle Verhaltensweisen / Werte des Klienten sollen geändert werden.  
 1993: **066** 3; **196** 5  
 1991: **217** 12  
 1987: **229** 15  
 1985: **073** 23  
 1983: **045** 5; **099** 2/7/8  
 1981: **100** 2/4  
 1977: **170** 1; **258** 12; **265** 5
57. Informationen über das Klientel fehlen.  
 1995: **029** 2a  
 1991: **009** 13  
 1989: **220** 1  
 1977: **265** 5

58. Interventionen / Zuschreibungen anderer Disziplinen führen zu Hilfsbedürftigkeit des Klienten.  
 1991: **217** 15/17  
 1989: **220** 4/5/11; **154** 3/5/14  
 1987: **023** 29  
 1985: **073** 4/5/8/30  
 1983: **099** 3/5  
 1977: **168** 10; **265** 4; **266** 10; **267** 1; **262** 8/10; **258** 6/11; **179** 15/20/21/35/46
59. Klient soll ganzheitlich gesehen werden.  
 1995: **183**; **184**; **186** 4; **180** 3; 29 15/16/19/20; **182** 6  
 1993: **066** 1/7/8/14  
 1991: **009** 13/14/15/16/18; **217** 4/5/7/8/9/13; **216** 8/19  
 1987: **229** 4/5/9; **022** 8/9/15/16/17/19/20/36/39; **019** 2/4/5/6/24/25/28/29/30/33/34/36  
 1985: **073** 1/3/4/5/9/10/16/22/25/25  
 1983: **045** 30; **099** 7  
 1981: **101** 8; **102** 15/16  
 1977: **166** 24/28/30; **167** 2; **168** 1; **170** 1; **265** 5; **260** 4; **258** 10
60. Klienten haben Hemmungen, sozialpädagogische Hilfe in Anspruch zu nehmen.  
 1995: **029** 7  
 1993: **066** 8  
 1991: **217** 6; **218** 12/14  
 1981: **083** 53/54/92
61. Klienten reagieren auf gesellschaftliche Verhältnisse  
 1983: **046** 1/2/3/9/10/11/12  
 1981: **092** 7/8/29; **083** 3; **094** 11/12  
 1977: **261** 3/4; **179** 31/32
62. Klienten sehen die Gründe ihrer Belastungen anders als Experten.  
 1977: **268** 16/17
63. Klienten sind individuell unterschiedlich.  
 1985: **073** 26  
 1983: **099** 3  
 1977: **166** 10; **167** 1; **263** 8; **265** 6/7
64. Konkurrenz von Erklärungsmodellen (innerhalb der Sozialpädagogik oder in Konkurrenz zu anderen Disziplinen).  
 1995: **186** 8; **180** 9; **029** 18; **182** 14/6  
 1993: **195** 16; **196** 1/2/8

1991: **217** 2/3/4/9; **216** 2/9/15; **063** 16  
 1989: **151** 10/11/9; **154** 21  
 1987: **022** 47; **019** 1/2/7/11a/23  
 1985: **073** 25;  
 1983: **045** 35/37; **046** 18; **099** 1/5  
 1981: **092** 16/19/24; **094** 1  
 1977: **166** 26; **167** 2; **168** 3; **258** 1/4/5

65. Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist erforderlich.  
 1995: **184**; **186** 4; **180** 2/8/9/11; **181** 6; 29 26; **182** 1/12/17  
 1993: **066** 2; **196** 13  
 1991: **217** 12; **216** 16/20; **031** 33; **063** 21; **144** 1/2/7/8  
 1989: **026** 30  
 1987: **229** 2/7/8/9a; **022** 24/36/49  
 1985: **004** 5; **073** 24/29/30/31  
 1983: **097** 10; **045** 40; **099** 9;  
 1981: **100** 12; **101** 16; **096** 11/12; **094** 13  
 1977: **166** 18; **265** 5; **266** 12/13; **267** 4; **261** 1; **263** 9; **262** 12/15;  
**260** 23/25/26; **259** 13/15/21; **258** 15
66. Körper ist der Spiegel sozialer Verhältnisse.  
 1983: **046** 14/45  
 1981: **083** 15  
 1977: **167** 15?
67. Körperliche Krankheiten haben psychische Folgen.  
 1977: **260** 2/4/11; **259** 23
68. Neue Möglichkeiten müssen genutzt werden. Gleichzeitig soll Mißbrauch vermieden werden.  
 1989: **154** 20/23  
 1987: **023** 18; **022** 24
69. Normative Forderungen sind formuliert und werden / werden nicht eingelöst.  
 1977: **166** 1; **267** 2/3; **259** 13
70. Notwendigkeit der sozialpädagogischer Hilfe wird nicht erkannt.  
 1981: **083** 82  
 1977: **168** 1/2
71. Öffentlichkeit übersieht soziale Probleme.  
 1981: **083** 35/36/56/78  
 1977: **168** 1



72. Rehabilitation und Wiedereingliederung ist eine Aufgabe der Sozialpädagogik.  
1977: **267** 1; **257** 20/21; **179** 1-5/54
73. Ressourcen müssen erweitert werden, damit die Sozialpädagogik weiterhin effektiv arbeiten kann.  
1977: **265** 11; **259** 22
74. Rückbesinnung der Sozialpädagogik bietet Chancen / birgt Risiken in sich.  
1991: **009** 1/24/26, **218** 3  
1987: **022** 2; **019** 26/52/53  
1983: **045** 36
75. Selbsthilfegruppen übernehmen Leistungen, die die Sozialpädagogik nicht mehr erbringen kann.  
1981: **096** 9/10/13  
1977: **261** 7
76. Selbsthilfepotential soll erschlossen werden.  
1995: **183**; **180** 10/7/6  
1993: **195** 12/14/15/21/19; **066** 5  
1991: **216** 8; 218 23; **063** 9  
1989: **026** 7  
1987: **229** 11/12/19; **022** 33; **019** 24/26/28/30/36/37/43/45  
1983: **097** 9/10/11/12/13; **045** 5/6/7/19/32/33/34  
1981: **101** 9/10/13; **102** 16; **096** 8; **094** 11/12  
1977: **265** 7/8; **261** 1/2/4; **263** 10; **260** 26; **258** 8/9; **179** 57/58/62
77. Soziale Not führt nicht zu einer Solidarisierung der Betroffenen.  
1981: **083** 65/92/108  
1977: **179** 29/37/45/54
78. Sozialpädagogik arbeitet nach marktwirtschaftlichen Überlegungen.  
1995: **186** 3  
1991: **145** 1  
1989: **026** 16  
1987: **023** 3/4/9/15/18/20/22/23/28/36; **022** 47/48  
1985: **073** 13/14/19/22/31  
1981: **096** 2  
1977: **168** 1/2; **262** 1

79. Sozialpädagogik besitzt Methodensicherheit, Kompetenzen und Fähigkeiten.  
 1995: **184** 2/8/14 **181** 3/4/5; **182** 7/16  
 1993: **196** 4  
 1989: **220** 11; **026** 1/13/26/27/28/29  
 1983: **045** 37  
 1981: **083** 28
80. Sozialpädagogik ist aus dem Prozeß der Modernisierung entstanden.  
 1991: **009** 213  
 1989: **026** 7/10/17/31  
 1987: **023** 23/31  
 1983: **045** 3/18
81. Sozialpädagogik ist Gesundheitsförderung.  
 1993: **195** 5; **196** 1  
 1991: **009** 12  
 1989: **026** 1/3/9/13  
 1987: **022** 1/2/14/21/49/51
82. Sozialpädagogische Arbeit soll präventiv sein.  
 1987: **022** 21/27  
 1985: **004** 41  
 1983: **097** 8  
 1981: **100** 3; **101** 6  
 1977: **166** 4; **258** 15
83. Sozialpädagogische Hilfe macht gesellschaftliche Probleme zu persönlichen.  
 1977: **179** 50/54
84. Sozialpädagogische Hilfe soll kompensatorisch sein.  
 1977: **167** 2; **263** 4/11; **258** 10; **268** 24
85. Sozialpädagogische Hilfe wird schlecht vergütet.  
 1991: **144** 9/10; **145** 3/4a  
 1989: **026** 33  
 1987: **022** 48
86. Sozialpädagogische Intervention erfolgt in schweren Problemsituationen.  
 1987: **229** 13/14  
 1985: **073** 1  
 1981: **083** 70  
 1977: **265** 2/4; **263**

87. Sozialpädagogische Intervention ist kostengünstiger als andere / verspätete Hilfe.  
 1991: **216** 9  
 1985: **073** 13/21/22  
 1983: **097** 9/12/13  
 1981: **100** 17  
 1977: **262** 1; **258** 15
88. Spezialisierung ist zur Aufgabenerfüllung nötig.  
 1995: **180** 5; **181** 6; **029** 26; **182** 7  
 1991: **063** 18  
 1989: **026** 21  
 1987: **019** 42  
 1985: **004** 34  
 1983: **097** 13; **045** 23/24/36/37/38  
 1981: **101** 12  
 1977: **168** 10; **265** 1/6; 2/3; **259** 22; **258** 15
89. Überbewertung von Gesundheit führt zu Problemen.  
 1989: **151** 11/12; **154** 2/3/4/5/6/7/10/11/14/18  
 1987: **023** 14; **019** 51  
 1981: **101** 5
90. Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.  
 1989: **221** 22; **026** 18/19/29
91. Vorschläge zur sozialpädagogischen Praxis.  
 1995: **183**; **184**; **186** 10/11; **180** 3; **182** 11  
 1991: **217** 10/11/16/17; **063** 8/28  
 1987: **229** 1/5/19/20/21; **022** 37/38/40/41/42/43/44/45; **019** 23  
 1985: **073** 28  
 1981: **100** 8/9/10/11; **101** 12; **102** 13  
 1977: **166** 20; **167** 2/3/5ff.; **170** 2
92. Weitere Professionalisierung der Sozialpädagogik ist erforderlich.  
 1983: **045** 21/27/29/33/38/39  
 1981: **096** 1  
 1977: **267** 4; **258** 10
93. Weiterentwicklungen / Ideen der Sozialpädagogik werden von anderen Disziplinen vereinnahmt.  
 1991: **216** 8, **145** 2  
 1987: **019** 46/46a/47/48

94. Wünsche des Klienten sollen respektiert werden.  
1991: **217** 13  
1987: **023** 40/42/43/46; **229** 13  
1977: **166** 9; **265** 8; **266** 6
95. Zukunft der Sozialpädagogik in der Ausbildung und Praxis.  
1995: **184**; **186** 6/15; **181** 7; **182** 1/15  
1991: **009** 27/30/32; **063** 18/29/32  
1989: **026** 40/41  
1987: **022** 14; **019** 38/39/40/49  
1983: **045** 40
96. Zukünftig werden mehr Sozialpädagogen benötigt.  
1977: **267** 3
97. Zukünftige Erfolge der Sozialpädagogik sind zu erwarten.  
1985: **004** 45; **073** 8

### 3.1 Kategorisierung nach Entstehungszeitpunkt

Wie in Abschnitt 7.2 dargestellt reicht die Ermittlung der Paraphrasen noch nicht aus. Sie müssen nach einem bestimmten Kriterium geordnet werden. Ebenfalls in Abschnitt 7.2 habe ich die Entstehung des ersten Kategorisierungsschemas erläutert. Grundlage dieses Schemas ist der zeitliche Rahmen in dem die Paraphrasen nachweisbar sind. Zur Verdeutlichung wurde dort die folgende Abbildung verwendet.

	'77 / '81 / '83	'85 / '87 / '89	'91 / '93 / '95
KAT 1	Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung		
KAT 2		Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.	
KAT 3			Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.

KAT 4	Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.		
KAT 5		Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.	
KAT 6	Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin		Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin
KAT 7	Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien		

**Tabelle 2:** Gruppierung der Paraphrasen

Eine Paraphrase wurde z.B. dem Zeitraum KAT 1 zugeordnet, wenn sie in den Jahren 1977, 1981 oder 1983 vorfindbar war. Mitunter traten Grenzfälle auf. Diese wurde dem Zeitraum zugeordnet in dem sie häufiger nachweisbar waren.

### **KAT 1**

Bisherige Erwartungen wurden nicht erfüllt.

Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung.

Der Klient soll über seine Probleme aufgeklärt werden.

Der Mensch ist mehr als sein Körper.

Die Sozialpädagogik hat ein negatives Image.

Die Sozialpädagogik hat einen ethischen Auftrag.

Die Sozialpädagogik ist nur begrenzt leistungsfähig.

Die Sozialpädagogik ist überlastet.

Die Sozialpädagogik kann Lebensverhältnisse verbessern.

Die Sozialpädagogik soll sich um Mündigkeit des Klienten bemühen.

Die Sozialpädagogik wendet sich an ein bestimmtes Klientel.

Die Sozialpädagogik will eine Statusaufwertung.

Einfache Erklärungen sind nicht vorhanden.

Ereignisse aus der Vergangenheit haben erst heute / zukünftige Konsequenzen.

Es gibt eine Konkurrenzbeziehung von Pädagogik und Psychologie.

Es gibt Erfolge der Sozialpädagogik.

Expertenwissen verunsichert Klienten.

Gesundheitsstörungen sind sozial oder psychisch bedingt.

Klienten reagieren auf gesellschaftliche Verhältnisse.

Klienten sehen die Gründe ihrer Belastungen anders als Experten.

Klienten sind individuell unterschiedlich.

Körper ist der Spiegel sozialer Verhältnisse.

Körperliche Krankheiten haben psychische Folgen.

Normative Forderungen sind formuliert und werden / werden nicht eingelöst.

Notwendigkeit der sozialpädagogischer Hilfe wird nicht erkannt.

Öffentlichkeit übersieht soziale Probleme.

Rehabilitation und Wiedereingliederung ist eine Aufgabe der Sozialpädagogik.

Ressourcen müssen erweitert werden, damit die Sozialpädagogik weiterhin effektiv arbeiten kann.

Selbsthilfegruppen übernehmen Leistungen, die die Sozialpädagogik nicht mehr erbringen kann.

Soziale Not führt nicht zu einer Solidarisierung der Betroffenen.

Sozialpädagogische Hilfe macht gesellschaftliche Probleme zu persönlichen.

Sozialpädagogische Hilfe soll kompensatorisch sein.

Weitere Professionalisierung der Sozialpädagogik ist erforderlich.

Zukünftig werden mehr Sozialpädagogen benötigt.

## **KAT 2**

Die Sozialpädagogik ist mit anderen Disziplinen gleichrangig.

Es gibt Hinweise auf ein bestehendes Klientel.

Gesetzliche Grundlagen reichen nicht aus.

Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien.

Neue Möglichkeiten müssen genutzt werden. Gleichzeitig soll Mißbrauch vermieden werden.

Sozialpädagogik ist aus dem Prozeß der Modernisierung entstanden.

Sozialpädagogische Hilfe wird schlecht vergütet.

Sozialpädagogik ist zur Hilfe verpflichtet.

Überbewertung von Gesundheit führt zu Problemen.

Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.

Zukünftige Erfolge der Sozialpädagogik sind zu erwarten.

## **KAT 3**

Andere Disziplinen und Instanzen sind für zugemutete Aufgaben zuständig.

Anderen Disziplinen / Berufsgruppen fehlt ein eindeutiges Bild der Sozialpädagogik. Aufgaben und Fähigkeiten der SA werden nicht erkannt.

Bei der Bestimmung des Handlungsfeldes treten Definitionsprobleme auf.

Die Entwicklung der Sozialpädagogik weist Brüche auf.

Die Leistungen von Frauen werden in der Sozialpädagogik nicht deutlich.

Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.

Die Sozialpädagogik kann von anderen Disziplinen lernen.

Die Sozialpädagogik wird an der Erfüllung ihrer Aufgaben gehindert.

Es Widersprüche zwischen Leitideen der Sozialpädagogik und der persönlichen Meinung von Sozialpädagogen.

Informationen über das Klientel fehlen.

Sozialpädagogik besitzt Methodensicherheit, Kompetenzen und Fähigkeiten.

Sozialpädagogik ist Gesundheitsförderung.

#### **KAT 4**

Andere Disziplinen haben Defizite, die die Sozialpädagogik ausgleichen kann. Die Sozialpädagogik ist hier überlegen.

Andere Disziplinen sehen andere Zusammenhänge / haben andere ethische Prinzipien

Benachteiligungen / Gesundheitsbeeinträchtigungen werden von der Administration geleugnet.

Betroffene sind glaubwürdiger als Experten.

Die Möglichkeiten sozialpädagogischer Hilfe müssen dem Klienten bekanntgemacht werden.

Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.

Die Sozialpädagogik soll mit der Selbsthilfebewegung zusammenarbeiten.

Interventionen / Zuschreibungen anderer Disziplinen führen zu Hilfsbedürftigkeit des Klienten.

Rückbesinnung der Sozialpädagogik bietet Chancen / birgt Risiken in sich.

Sozialpädagogische Arbeit soll präventiv sein.



Sozialpädagogische Intervention erfolgt in schweren Problemsituationen.

## **KAT 5**

Äußere (gesetzliche / gesellschaftliche) Einflüsse bestimmen die Sozialpädagogik.

Bestimmung der Beziehung von Klient und Sozialarbeiter.

Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.

Die Sozialpädagogik soll die Gesellschaft verändern / gesellschaftliche Werte ändern.

Ein vorgeschlagenes Modell soll institutionalisiert werden.

Klienten haben Hemmungen, sozialpädagogische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Weiterentwicklungen / Ideen der Sozialpädagogik werden von anderen Disziplinen vereinnahmt.

Zukunft der Sozialpädagogik in der Ausbildung und Praxis.

## **KAT 6**

Andere Disziplinen versuchen in sozialpädagogische Handlungsfelder einzudringen.

Der Prozeß sozialer Arbeit soll evaluiert werden.

Der Sozialpädagoge soll Vorbild und Vertrauensperson sein.

Die Sozialpädagogik befindet sich in einer Krise.

Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin.

## **KAT 7**

Bisherige Erklärungsmodelle geben Anlaß zu Kritik.

Der Klient zeigt (funktionelles) Fehlverhalten.

Gesellschaftliche / gesetzliche Bedingungen (Umweltbelastungen) führen zu Benachteiligungen der Klienten und festigen diese.

Gründe für Benachteiligungen / Erkrankungen sind seit langem bekannt.

Hinweise auf ein neu entstehendes Klientel (quantitative / qualitative Änderung)

Individuelle Verhaltensweisen / Werte des Klienten sollen geändert werden.

Internationale Vergleiche

Klient soll ganzheitlich gesehen werden.

Konkurrenz von Erklärungsmodellen (innerhalb der Sozialpädagogik oder in Konkurrenz zu anderen Disziplinen).

Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist erforderlich.

Selbsthilfepotential soll erschlossen werden.

Sozialpädagogik arbeitet nach marktwirtschaftlichen Überlegungen.

Sozialpädagogische Intervention ist kostengünstiger als andere / verspätete Hilfe.

Spezialisierung ist zur Aufgabenerfüllung nötig.

Vorschläge zur sozialpädagogischen Praxis.

Wünsche des Klienten sollen respektiert werden.

### **3.2 Kategorisierung nach inhaltlichen Qualitäten**

Für eine inhaltliche Diskussion der ermittelten Paraphrasen reicht eine Schematisierung nach reinen quantitativen Kriterien nicht aus. In Abschnitt 7.3 habe ich die inhaltlichen Kriterien erläutert, anhand derer ich die Paraphrasen betrachten möchte. Mehrheitlich werden in den Paraphrasen Aussagen gemacht, die in folgenden Kategorien einzuordnen

sind:

- Zuständigkeit der Sozialpädagogik für Gesundheit (s. 8.1);
- Probleme und Lösungen (s. 8.2).

Selbstverständlich gibt es hier Mischformen und Grenzfälle, die in der folgenden Liste gesondert aufgeführt werden.

### **Zuständigkeit für Gesundheit:**

Andere Disziplinen und Instanzen sind für zugemutete Aufgaben zuständig.

Anderen Disziplinen / Berufsgruppen fehlt ein eindeutiges Bild der Sozialpädagogik. Aufgaben und Fähigkeiten der SA werden nicht erkannt.

Sozialpädagogische Arbeit soll präventiv sein.

Bei der Bestimmung des Handlungsfeldes treten Definitionsprobleme auf.

Bisherige Erwartungen wurden nicht erfüllt.

Der Sozialpädagoge soll Vorbild und Vertrauensperson sein.

Die Entwicklung der Sozialpädagogik weist Brüche auf.

Die Sozialpädagogik hat einen ethischen Auftrag. Die Sozialpädagogik ist zur Hilfe verpflichtet.

Die Sozialpädagogik hat viele Aufgaben.

Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin.

Die Sozialpädagogik ist mit anderen Disziplinen gleichrangig.

Die Sozialpädagogik kann Lebensverhältnisse verbessern.

Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.

Die Sozialpädagogik soll die Gesellschaft verändern / gesellschaftliche Werte ändern.

Es gibt eine Konkurrenzbeziehung von Pädagogik und Psychologie.

Es gibt Erfolge der Sozialpädagogik.

Es gibt Hinweise auf ein bestehendes Klientel.

Gründe für Benachteiligungen / Erkrankungen sind seit langem bekannt.

Neue Möglichkeiten müssen genutzt werden. Gleichzeitig soll Mißbrauch vermieden werden.

Rückbesinnung der Sozialpädagogik bietet Chancen / birgt Risiken in sich.

Sozialpädagogik besitzt Methodensicherheit, Kompetenzen und Fähigkeiten.

Sozialpädagogik ist aus dem Prozeß der Modernisierung entstanden.

Sozialpädagogik ist Gesundheitsförderung.

Sozialpädagogische Intervention erfolgt in schweren Problemsituationen.

Sozialpädagogische Intervention ist kostengünstiger als andere / verspätete Hilfe.

Weiterentwicklungen / Ideen der Sozialpädagogik werden von anderen Disziplinen vereinnahmt.

Zukünftig werden mehr Sozialpädagogen benötigt.

Zukünftige Erfolge der Sozialpädagogik sind zu erwarten.

Zukunft der Sozialpädagogik in der Ausbildung und Praxis.

### **Probleme:**

Andere Disziplinen sehen andere Zusammenhänge / haben andere ethische Prinzipien.

Äußere (gesetzliche / gesellschaftliche) Einflüsse bestimmen die Sozialpädagogik.

Benachteiligungen / Gesundheitsbeeinträchtigungen werden von der Administration geleugnet.

Bisherige Erklärungsmodelle geben Anlaß zu Kritik.

Bürokratisierung erschwert die Hilfeleistung.

Das Gesundheitssystem provoziert Schädigungen.

Der Klient zeigt (funktionelles) Fehlverhalten.

Die Sozialpädagogik ist nur begrenzt leistungsfähig.

Die Sozialpädagogik ist überlastet.

Die Sozialpädagogik wird an der Erfüllung ihrer Aufgaben gehindert.

Einfache Erklärungen sind nicht vorhanden

Ereignisse aus der Vergangenheit haben erst heute / zukünftige Konsequenzen.

Es Widersprüche zwischen Leitideen der Sozialpädagogik und der persönlichen Meinung von Sozialpädagogen.

Expertenwissen verunsichert Klienten.

Gesellschaftliche / gesetzliche Bedingungen (Umweltbelastungen) führen zu Benachteiligungen der Klienten und festigen diese.

Gesetzliche Grundlagen reichen nicht aus.

Gesetzliche Regelungen provozieren Paradoxien.

Gesundheitsstörungen sind sozial oder psychisch bedingt.

Informationen über das Klientel fehlen.

Interventionen / Zuschreibungen anderer Disziplinen führen zu Hilfsbedürftigkeit des Klienten.

Klienten haben Hemmungen, sozialpädagogische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Klienten reagieren auf gesellschaftliche Verhältnisse

Notwendigkeit der sozialpädagogischer Hilfe wird nicht erkannt.

Öffentlichkeit übersieht soziale Probleme.

Soziale Not führt nicht zu einer Solidarisierung der Betroffenen.

Sozialpädagogische Hilfe macht gesellschaftliche Probleme zu persönlichen.

Sozialpädagogische Hilfe wird schlecht vergütet.

Überbewertung von Gesundheit führt zu Problemen.

### **Lösungen:**

Betroffene sind glaubwürdiger als Experten.

Der Klient soll über seine Probleme aufgeklärt werden.

Der Prozeß sozialer Arbeit soll evaluiert werden.

Die Möglichkeiten sozialpädagogischer Hilfe müssen dem Klienten bekanntgemacht werden.

Die Sozialpädagogik kann von anderen Disziplinen lernen.

Die Sozialpädagogik soll mit der Selbsthilfebewegung zusammenarbeiten.

Die Sozialpädagogik soll sich um Mündigkeit des Klienten bemühen.

Ein vorgeschlagenes Modell soll institutionalisiert werden.

Individuelle Verhaltensweisen / Werte des Klienten sollen geändert werden.

Klient soll ganzheitlich gesehen werden.

Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist erforderlich.

Rehabilitation und Wiedereingliederung ist eine Aufgabe der Sozialpädagogik.

Ressourcen müssen erweitert werden, damit die Sozialpädagogik weiterhin effektiv arbeiten kann.

Selbsthilfepotential soll erschlossen werden.

Sozialpädagogische Hilfe soll kompensatorisch sein.

Spezialisierung ist zur Aufgabenerfüllung nötig.

Verbände müssen für den Erhalt des Sozialstaates Verantwortung übernehmen.

Vorschläge zur sozialpädagogischen Praxis.

Weitere Professionalisierung der Sozialpädagogik ist erforderlich.

Wünsche des Klienten sollen respektiert werden.

### **Probleme und Lösungen:**

Andere Disziplinen haben Defizite, die die Sozialpädagogik ausgleichen kann. Die Sozialpädagogik ist hier überlegen.

Der Mensch ist mehr als sein Körper.

Die Sozialpädagogik will eine Statusaufwertung.

Klienten sehen die Gründe ihrer Belastungen anders als Experten.

Klienten sind individuell unterschiedlich.

Konkurrenz von Erklärungsmodellen (innerhalb der Sozialpädagogik oder in Konkurrenz zu anderen Disziplinen).

Normative Forderungen sind formuliert und werden / werden nicht eingelöst.

Selbsthilfegruppen übernehmen Leistungen, die die Sozialpädagogik nicht mehr erbringen kann.

Sozialpädagogik arbeitet nach marktwirtschaftlichen Überlegungen.

### **Probleme / Zuständigkeit:**

Andere Disziplinen versuchen in sozialpädagogische Handlungsfelder einzudringen.

Die Sozialpädagogik befindet sich in einer Krise.

Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.

Die Sozialpädagogik hat ein negatives Image.

Hinweise auf ein neu entstehendes Klientel (quantitative / qualitative Änderung)

### **Nicht zuzuordnen:**

Bestimmung der Beziehung von Klient und Sozialarbeiter.

Die Leistungen von Frauen werden in der Sozialpädagogik nicht deutlich.

Die Sozialpädagogik wendet sich an ein bestimmtes Klientel.

Internationale Vergleiche.

Körper ist der Spiegel sozialer Verhältnisse.

Körperliche Krankheiten haben psychische Folgen.

### **3.3 Paraphrasen, der in den Abschnitten 9.1 - 9.3 dargestellten Diskurse**

#### **Konturierung und Profil der Sozialpädagogik (s. 9.1)**

Anderen Disziplinen / Berufsgruppen fehlt ein eindeutiges Bild der Sozialpädagogik. Aufgaben und Fähigkeiten der SA werden nicht erkannt.

Die Sozialpädagogik befindet sich in einer Krise.

Die Sozialpädagogik betreibt eine mangelnde Selbstdarstellung.

Die Sozialpädagogik ist eine randständige Disziplin.

Sozialpädagogik besitzt Methodensicherheit, Kompetenzen und Fähigkeiten.

#### **Hilfe zur Selbsthilfe und Selbsthilfebewegung (s. 9.2)**

Betroffene sind glaubwürdiger als Experten.

Die Sozialpädagogik soll mit der Selbsthilfebewegung zusammenarbeiten.

Die Sozialpädagogik soll sich um Mündigkeit des Klienten bemühen.

Expertenwissen verunsichert Klienten.

Interventionen / Zuschreibungen anderer Disziplinen führen zu Hilfs-



bedürftigkeit des Klienten.

Klienten sehen die Gründe ihrer Belastungen anders als Experten.

Selbsthilfegruppen übernehmen Leistungen, die die Sozialpädagogik nicht mehr erbringen kann.

Selbsthilfepotential soll erschlossen werden.

### **Wandel des Klientenbildes (s. 9.3)**

Bestimmung der Beziehung von Klient und Sozialarbeiter.

Der Klient soll über seine Probleme aufgeklärt werden.

Die Möglichkeiten sozialpädagogischer Hilfe müssen dem Klienten bekanntgemacht werden.

Die Sozialpädagogik soll den Klienten vertreten.

Die Sozialpädagogik soll sich um Mündigkeit des Klienten bemühen.

Die Sozialpädagogik wendet sich an ein bestimmtes Klientel.

Expertenwissen verunsichert Klienten.

Gesellschaftliche / gesetzliche Bedingungen (Umweltbelastungen) führen zu Benachteiligungen der Klienten und festigen diese.

Individuelle Verhaltensweisen / Werte des Klienten sollen geändert werden.

Interventionen / Zuschreibungen anderer Disziplinen führen zu Hilfsbedürftigkeit des Klienten.

Klient soll ganzheitlich gesehen werden.

Klienten haben Hemmungen, sozialpädagogische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Klienten reagieren auf gesellschaftliche Verhältnisse.

Klienten sehen die Gründe ihrer Belastungen anders als Experten.

Klienten sind individuell unterschiedlich.

Wünsche des Klienten sollen respektiert werden.